

Manual para la Autoevaluación de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura

Manual para la Autoevaluación de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura

DESCRIPCIÓN DEL MANUAL	4
MARCO GLOBAL.....	4
DESCRIPCIÓN DEL MANUAL	5
<i>Objeto</i>	5
<i>Campo de aplicación</i>	6
<i>Estructura</i>	6
PROCESO DE MEJORA DE LA CALIDAD	9
PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN	9
<i>Actuaciones Previas</i>	9
<i>Realización de la Autoevaluación de cada CSES</i>	10
<i>Actividades posteriores a la autoevaluación</i>	121
PROCESO DE ACREDITACIÓN	133
CRITERIOS DE EVALUACIÓN.....	15
ANEXOS	155
ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS	427
ANEXO 2: FICHA DE CUMPLIMIENTO DE CATEGORÍAS.....	441
ANEXO 3: TABLA RESUMEN DE CUMPLIMIENTO DE CATEGORÍAS	444
ANEXO 4: TABLA RESUMEN DE PROPUESTA DE ACTUACIONES	445
ANEXO 5: SOLICITUD DE AUTOEVALUACIÓN.....	446

DESCRIPCIÓN DEL MANUAL

MARCO GLOBAL

La Junta de Extremadura considera necesaria la definición de un modelo de calidad para los centros, servicios y establecimientos sanitarios (en adelante CSES), como cauce necesario para lograr la calidad total de los mismos, entendida ésta como un modelo de gestión que, situando como objetivo principal la satisfacción plena del ciudadano con la atención sanitaria recibida, extiende la responsabilidad en la mejora continua de la calidad a cada miembro de la organización sanitaria, constituyendo un verdadero cambio cultural y de participación.

Este modelo, que se construye sobre áreas bien definidas que traducen aquello que “debe hacerse” para obtener lo que “debe lograrse”, partiendo desde la autorización, integra de una forma armónica y progresiva la autoevaluación realizada por los propios profesionales y la acreditación de calidad sanitaria.

Así pues, la necesidad de conjugar en un modelo integral de calidad para los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura, tanto las acciones necesarias para la evaluación y mejora de sus servicios, como el reconocimiento público y objetivo de su excelencia, hacen imprescindible la regulación normativa de las herramientas y los procedimientos administrativos necesarios para su desarrollo. Así, en octubre de 2005 se publica el Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

El Proceso de Acreditación, por tanto, no se concibe sólo como una actuación encaminada a otorgar un determinado estatus a los diferentes CSES, sino que más bien pretende ser una guía que permita mejorar la gestión de los mismos. Para ello se propone una serie de herramientas, entre las cuales cabe destacar:

- El Manual de Estándares propuesto, como un documento estructurado, coherente y completo, que sirva de guía a la hora de

establecer los requisitos mínimos y recomendables que debieran estar incorporados en la gestión de los distintos CSES.

- El proceso de autoevaluación, que permitirá reflexionar sobre las actividades llevadas a cabo en cada ente sanitario, identificándose como consecuencia, cuáles son los *puntos fuertes* de la gestión (a mantener y potenciar) y cuáles son las posibles *oportunidades de mejora* (a desarrollar).

El proceso de reconocimiento externo debe ser un corolario de lo descrito anteriormente, otorgando un reconocimiento formal a los niveles de gestión establecidos en cada caso.

DESCRIPCIÓN DEL MANUAL

OBJETO

Dentro del Modelo de Calidad se hace necesario crear una serie de documentos de apoyo que ayuden a alcanzar los objetivos globales perseguidos. Uno de esos documentos es el presente Manual para la Autoevaluación, el cual no posee una estructura hermética, sino que se encuentra abierto a cambios que sean fruto del rodaje y experiencias aportadas sobre el mismo, lo que le confiere un carácter dinámico, y en el cual se desarrollan:

- La descripción del significado y desarrollo del **proceso de autoevaluación**.
- Los principales **conceptos** que deben ser tenidos en cuenta a la hora de realizar la autoevaluación de cada CSES, de acuerdo a los estándares establecidos. Este hecho tiene una función clarificadora, de manera que se homogeneicen todos los conceptos y las interpretaciones posibles de los estándares sigan una pauta única, evitando así la inherente subjetividad que pueda presentar cada estándar.

Además, el presente Manual pretende orientar a los CSES en la manera de abordar la respuesta sobre el cumplimiento de cada estándar, ofreciéndole los ejemplos de evidencias de análisis, las informaciones que tiene que analizar o las pautas a seguir para la adopción de los requisitos.

- Otra de las funciones que cumple el presente Manual es la de ser el marco de referencia, tanto para el proceso de autoevaluación como de auditoría, de manera que se establecen cuáles son los **aspectos mínimos exigibles** para considerar un estándar como cumplido, y cuál es la escala de ponderación que debe regir la evaluación de los estándares recomendables.

De esta manera se pretende que el proceso de autoevaluación y auditoría esté sujeto a criterios unificados de valoración y ponderación.

CAMPO DE APLICACIÓN

Por su propia definición este Manual es de aplicación en los siguientes contextos:

- Dentro del proceso de análisis y mejora de entes sanitarios, cualquier CSES, ya sea público o privado de la Comunidad Autónoma de Extremadura, puede adoptar el presente Manual para su utilización como **modelo de referencia**, incorporando los conceptos aquí desarrollados a su propia gestión.
- Aquellos CSES que deseen utilizar el Modelo de Calidad de Extremadura como **herramienta de reflexión sobre actividades propias**, deberán complementar el mismo con las pautas establecidas en el presente Manual.
- Y de acuerdo al Decreto 227/2005, este Manual es de aplicación en el **proceso de Autoevaluación** de CSES, sirviendo de base a la interpretación de requisitos asociados.

Por supuesto, y en línea con lo especificado en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, tanto el Modelo como este Manual, son de aplicación al conjunto de Centros y Servicios de la Comunidad Autónoma de Extremadura donde se presten los servicios o conjuntos de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos, de acuerdo a lo especificado, a su vez en el R.D. 1277/2003, en el que se definen los distintos entornos sanitarios.

ESTRUCTURA

El Manual está estructurado en varias partes independientes y complementarias:

- a. Explicación y Desarrollo del Proceso de Autoevaluación, entendida como una valoración global, sistemática y periódica de las actividades y resultados de un entorno sanitario, realizada por sus propios profesionales, con el fin de discernir claramente sus “puntos fuertes” y “áreas de mejora”, de acuerdo con unos requisitos de calidad previamente establecidos, y que culmina en el compromiso ante la organización de la puesta en marcha de un plan de acciones de mejora, medibles, para su progreso en la atención a la salud de los ciudadanos de su ámbito de referencia, con el objetivo último de alcanzar la calidad total en la gestión de sus actividades.
- b. Análisis de los **criterios de evaluación y ponderación**. Dicho Análisis se realiza siguiendo la misma estructura del Modelo (10 Categorías y 24 subcategorías asociadas). Para cada estándar se realiza la siguiente propuesta:
 1. Para los estándares **obligatorios**¹ se describe:
 - Los principios inspiradores del estándar, que deben servir de guía para su interpretación.
 - Los requisitos mínimos que se deben observar para dar por cumplido cada estándar. Al tratarse de requisitos de obligado cumplimiento no hay escala de valoración: o se cumple o no, de acuerdo a los criterios establecidos en la redacción del estándar y en el presente Manual.
 - Algunos de los ejemplos que se pueden mostrar para evidenciar el cumplimiento del requisito.
 2. Para los estándares **recomendables**² se describe:
 - Los principios inspiradores del estándar, que deben servir de guía para su interpretación.
 - La escala de ponderación a emplear para valorar el nivel cumplimiento del estándar, como parte de los requisitos mínimos

¹ En el anexo 1 aparecen descritos en letra normal y color negro

² En el anexo 1 aparecen descritos en letra *cursiva* y color azul

a observar. Cada estándar recomendable consta de tres valoraciones:

- o Incumplimiento del estándar, al no darse las condiciones mínimas establecidas.
 - o El nivel básico de cumplimiento, que indica la conformidad del estándar con los criterios definidos en el propio estándar y en el presente Manual.
 - o El nivel de excelencia, en aquellos casos que se supere el nivel mínimo de cumplimiento de cada estándar. Supone un valor cualitativo añadido.
- Algunos de los ejemplos que se pueden mostrar para evidenciar el cumplimiento del requisito.

c. Puesta a disposición de los CSES de determinadas herramientas de apoyo que faciliten el proceso de evaluación y la elaboración del informe final. Además de otras herramientas que se pueden ir generando a medida que se implante el Modelo, inicialmente se cuenta con:

- **Glosario de Términos (anexo 1).**
- **Informe de Resultados.** El Informe de Resultados es el documento que se genera como consecuencia de la Autoevaluación, y a su vez se divide en:
 - *Ficha de Cumplimiento de Categorías*, donde se registran los resultados obtenidos en la evaluación de cada Subcategoría. Estos resultados son tanto Cuantitativos (con los resultados de los estándares obligatorios y recomendables cumplidos, lo que se recoge en el anexo 2A), como Cualitativos (con la identificación de Puntos fuertes, Áreas de mejora y evidencias de análisis derivados de la evaluación de cada subcategoría, y que se recoge en el anexo 2B). El modelo a utilizar aparece en el **anexo 2** del presente Manual.
 - *Tabla resumen de Cumplimiento de Categorías*, donde se registran agrupadamente todos los resultados cuantitativos derivados de la evaluación, para poder tener una visión agregada del conjunto de actividades que permita un análisis global completo. El modelo a utilizar aparece en el **anexo 3** del presente Manual.
 - *Tabla Resumen de Propuesta de actuaciones*, donde se registran las actuaciones a desarrollar como

consecuencia de la evaluación, de manera que se facilite su implantación y seguimiento. El modelo a utilizar aparece en el **anexo 4** del presente Manual.

PROCESO DE MEJORA DE LA CALIDAD

Dentro del proceso de mejora de la calidad se establecerán:

- Proceso de autoevaluación
- Proceso de acreditación

PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

ACTUACIONES PREVIAS

- Constitución del equipo evaluador:

Se debe crear un equipo de evaluadores que realicen la Autoevaluación. Estas personas deberán ser seleccionadas de entre aquellas que dispongan de la suficiente visión de conjunto de los temas a tratar, siendo deseable que al menos un miembro del equipo forme parte del equipo de Dirección. El número adecuado de personas estaría entre 3 y 7, en función de la complejidad y diversidad del entorno sanitario.

Una de estas personas será el Coordinador, encargado de liderar y coordinar el proceso de evaluación, haciendo las funciones de enlace del equipo evaluador con quien proceda (en función del proceso que se esté desarrollando), y referente técnico de la evaluación.

- Formación del equipo evaluador:

El equipo evaluador deberá tener las nociones básicas necesarias, tanto en los principios perseguidos por el Modelo, como de los requisitos exigibles.

Además se pondrá a disposición de estas personas un programa completo de formación en todo lo relacionado con el proceso de Autoevaluación, de manera que dispusieran de la visión de conjunto y de los objetivos perseguidos con la evaluación.

- Análisis y Estudio previo de Requisitos del Modelo:

Antes de realizar la autoevaluación, cada miembro del equipo evaluador debiera estudiar el Modelo en profundidad, para identificar posibles aspectos que puedan condicionar la evaluación o sesgar los resultados por una falta de preparación previa.

Así mismo, dicho análisis facilitará la evaluación, identificando previamente aquella información que será necesario consultar para la toma de decisiones. El Coordinador del equipo autoevaluador será el encargado de facilitar la información necesaria y hacerla circular entre los componentes del equipo, así como ostentar la representación del equipo de autoevaluación en las actividades en las que sea preciso.

- Planificación de la autoevaluación:

Una vez analizados los requisitos del Modelo, el equipo autoevaluador deberá planificar las actuaciones a realizar, tanto en el reparto de tareas, como en el tiempo en el que se van a realizar, marcándose unos objetivos concretos al respecto, y teniendo en cuenta que la duración máxima del proceso de autoevaluación será de nueve meses.

- Solicitud de autoevaluación:

Una vez constituido el equipo evaluador, formado éste en las materias citadas, y analizado el Modelo, se debe realizar la solicitud de autoevaluación según el modelo que aparece en el **anexo 5** del presente manual. Esta se puede realizar por vía telemática, recibiendo en cualquier caso un nombre de usuario y clave para el acceso a la herramienta informática de apoyo al proceso de autoevaluación.

REALIZACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE CADA CSES

En esta fase, el equipo evaluador realizará en primer lugar una evaluación individual del grado de cumplimiento de los requisitos del Modelo en su entorno sanitario, de acuerdo a su particular punto de vista. Para ello identificará todas aquellas evidencias de análisis que ha considerado para hacer la evaluación de cada Categoría.

Con la evaluación individual realizada, el equipo evaluador deberá reunirse para debatir sobre las distintas visiones parciales que cada miembro aporte. Este debate y análisis conjunto será liderado por el Coordinador.

Como consecuencia de esta fase agregada deberá emitirse el correspondiente INFORME DE RESULTADOS³, en el que deben aparecer:

- Los resultados recogidos a partir del análisis cuantitativo (anexo 2.A.), y cualitativo (anexo 2.B.).
- Los puntos fuertes o aspectos de la gestión del CSES que el equipo considera que se está haciendo bien y que, por tanto, es necesario mantener o incluso potenciar (anexo 2.B.)
- Los aspectos que son susceptibles de mejorar y que, debidamente priorizados, debieran constituir un Plan de acciones de mejora orientado a superar aquellos obstáculos en la mejora de la calidad (anexo 4).

En virtud de una de las características más notables del Modelo de calidad de CSES, cual es su aplicabilidad a todo tipo de organizaciones sanitarias con independencia de su tamaño, surge una serie de estándares cuya conformidad se cumple en relación con las estructuras jerárquicas o funcionales de las que dependen, y a los que denominaremos “estándares de cumplimiento indirecto” en el entorno de que se trate, como por ejemplo, la disponibilidad de seguro de responsabilidad civil en un centro sin internamiento (centro de salud), que se cumpliría a través de los Servicios Centrales del SES en el caso del SSPE. No obstante, la concurrencia de esta circunstancia se contabilizará a efectos de la puntuación global para la obtención de la acreditación.

Así mismo, y puesto que cada entorno posee unas peculiaridades que le hacen diferente de los demás, puede darse el caso de que algún estándar no le sea de aplicación, sin que ello, en este caso, repercuta en la consecución del nivel de acreditación al que opte. A estos estándares los denominaremos “estándares de cumplimiento eximible” en el entorno de que se trate, como por ejemplo, los relacionados con servicios de hostelería para pacientes en centros sanitarios sin internamiento.

El análisis agregado debiera estar realizado en base a la información obtenida derivada del análisis de cada Categoría. Lo que cada miembro (y posteriormente el equipo como conjunto) debe realizar *para cada Categoría* es:

³ El Informe de Resultados consta de los documentos descritos en la página 8.

- ❑ Identificar la información a analizar
- ❑ Valorar su cumplimiento
- ❑ Recoger evidencias analizadas
- ❑ Identificar Puntos Fuertes y Áreas de Mejora
- ❑ Establecer consideraciones asociadas

Esta información parcial es la que permite obtener las conclusiones agregadas, primero de cada uno de los miembros y posteriormente del equipo:

- ❑ Realizar Valoración/ponderación global, para lo cual se sugiere utilizar el anexo 2 del presente Manual para registrar los datos obtenidos.
- ❑ Cumplimentar la Tabla resumen de cumplimiento de categorías: anexo 3 del presente Manual para registrar los datos obtenidos.
- ❑ Identificar Acciones de Mejora y Priorizar las mismas, para lo cual se sugiere utilizar el anexo 4 del presente Manual para el registro de los datos obtenidos.

En la labor del equipo de autoevaluación, a través de su Coordinador, se podrá contar con el asesoramiento técnico del Servicio de Calidad Sanitaria de la Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura.

De acuerdo a lo establecido en el Decreto de referencia, la culminación del análisis interno dentro del proceso de autoevaluación, y la planificación de las acciones de mejora necesarias deberán estar completadas en un tiempo no superior a los nueve meses.

ACTIVIDADES POSTERIORES A LA AUTOEVALUACIÓN

Cuando se haya realizado la autoevaluación y cumplimentado los anexos, debieran implantarse las acciones de mejora acordadas, asignando a cada una de ellas un responsable de su puesta en práctica y una fecha de ejecución que permita hacer un seguimiento posterior.

Una vez cumplido el plazo para la realización de acciones de mejora, se deben analizar las mismas en cuanto a los tiempos establecidos y eficacia, comprobando el cumplimiento de objetivos previstos. En caso de no haberse cumplido dichos objetivos, se establecerán nuevas acciones encaminadas a tal fin, con la consiguiente mejora.

PROCESO DE ACREDITACIÓN

Entendemos la **Acreditación de la calidad sanitaria** como una herramienta de mejora, que partiendo de la autoevaluación de una organización o ente sanitario, basada en criterios y estándares derivados del consenso científico y técnico, determina una información objetiva de la situación de dicho ente sanitario, mediante un proceso de evaluación externa, según la cual se concede o no la resolución administrativa de acreditación, estando esta sometida a la necesidad de renovación periódica, sin perjuicio de la posibilidad de solicitar la misma cuando se justifique la mejora del nivel de calidad alcanzado.

Por tanto, una vez realizada la autoevaluación, el ente sanitario puede optar a la acreditación de calidad sanitaria, enviando el **Informe de Resultados**⁴ junto con la solicitud de acreditación.

El procedimiento de acreditación (Tabla 1) está desarrollado en el Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

En los casos de renovación de una acreditación, bien para mantener el grado o para pasar a grado superior, se deberán añadir los certificados acreditativos del estatus vigente y las evidencias necesarias en su caso para optar al superior.

Es importante resaltar que la función de la auditoría NO es realizar de nuevo la Autoevaluación, sino validar los resultados de aquélla que el propio CSES ha llevado a cabo. Es por ello que el resultado final no es un

⁴ No siendo necesario que las acciones adoptadas estén finalizadas

informe de evaluación, sino una validación (o modificación, en su caso) del informe de Autoevaluación.

El resumen de actividades es el siguiente:

Tabla 1

Tareas realizadas por la Consejería de Sanidad y Consumo	Tareas realizadas por el CSES	Tareas realizadas por el equipo auditor
Recepción de Solicitud de autoevaluación		
	Realización de la Autoevaluación, de acuerdo al Modelo de Calidad	
	Envío de la solicitud de Acreditación junto al Informe de Resultados obtenido en la Autoevaluación realizada	
Análisis de la Solicitud de acreditación e Informe de resultados enviados por el CSES		
Constitución del Equipo auditor		
		Análisis de la documentación remitida
		Reuniones técnicas de coordinación y preparación de la auditoría
	Planificación de la auditoría: fechas y responsabilidades	
	Realización de la auditoría: - Reunión inicial - Entrevistas - Análisis de información in situ Reunión final	
		Elaboración de informe de auditoría
	Plan de acción dirigido a mejorar los resultados obtenidos en la auditoría.	
		Análisis de Plan de acciones dirigido a mejorar los resultados obtenidos en la auditoría y Propuesta de acreditación
Decisión del Nivel de Acreditación		

ANEXOS

1	Glosario de términos
2	Ficha de Cumplimiento de Categorías , donde se registran los resultados de la Autoevaluación de cada subcategoría.
3	Tabla resumen de Cumplimiento de Categorías , donde se registran los datos globales obtenidos como consecuencia de la Autoevaluación.
4	Tabla resumen de propuesta de actuaciones , donde se recogen las actuaciones de mejora que se van a llevar a cabo como consecuencia de la Autoevaluación.
5	Solicitud de Autoevaluación

Categoría 1: DIRECCIÓN

Definición

Cómo el comportamiento y las actuaciones del equipo directivo y de los demás líderes de la organización estimulan, apoyan y fomentan una cultura de Gestión de Calidad Total.

Propósito

El propósito de esta categoría es conseguir que la dirección de los CSES sea la verdadera impulsora de la mejora de la gestión, debiendo establecer ésta un punto de destino que identifique dónde quiere llegar la organización y articule las herramientas adecuadas para asegurar que la gestión está alineada con los objetivos previstos, implicándose personalmente en la mejora y haciendo que el resto de factores (recursos humanos y materiales) también se involucren

1. Dirección

1.1 Responsabilidades de la Dirección

Descripción del estándar	Se dispone de una declaración de la misión, visión y valores del CSES respaldada por la dirección	Código:	1.1.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Las propuestas estratégicas reflejan y explicitan la misión, visión y principios éticos del centro. La misión debe ser definida como la finalidad o razón de ser de la organización; no es tanto definir cuál es nuestra actividad o función, sino qué propósito justifica nuestra existencia continuada. La visión debe ser entendida como la declaración que describe el tipo de organización deseada, con vista al futuro.				
Requisitos mínimos	Debe existir una declaración escrita y validada por la dirección en la que se reflejen los principios básicos de gestión y en la que se incluya una definición clara de la misión, visión y valores (ver glosario de términos) del CSES. Este documento (soportado en cualquier medio) debe haber sido difundido al resto del CSES.				
Ejemplos	Se debe constatar la difusión de la misión, visión y valores, y el medio de difusión. En el caso del SSPE, se podría comprobar su alineación con el documento del Plan Estratégico del SES, a nivel de Dirección hospitalaria y de Dirección de atención primaria de las Gerencias de Área. En el caso de CSES privados puede constatarse la existencia de un documento propio donde se reflejen la misión, visión y valores de los mismos. • Ejemplos de MISIÓN: prestación de servicios sanitarios en las vertientes de prevención, promoción de la salud, curación y rehabilitación. • Ejemplos de VISIÓN: elevar el nivel de salud de la población; satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes. • Ejemplos de VALORES: equidad, participación, calidad, eficiencia.				

Descripción del estándar	<i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en la comunicación de la misión y objetivos asociados</i>	Código:	1.1.2	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Es importante que la declaración institucional sobre la Misión (y sus objetivos globales asociados) no sea solamente un documento escrito para ser archivado, sino que sirva de referencia a todo el CSES, por lo que el modo de difusión es importante. Es deseable que toda la organización compruebe que la propia dirección lidera e impulsa sus principios básicos.</i> <i>Los líderes comunicarán al resto de los profesionales la misión, visión y planes de la organización. Esta comunicación sirve de guía al personal en sus actividades cotidianas, promueve la innovación y motiva para la puesta en práctica de planes estratégicos y operativos.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Debe poderse comprobar la implicación de la dirección del CSES en dicha difusión. Para ello se pueden presentar evidencias de la implicación de la dirección en la comunicación del mensaje.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>• Sin evidencias de su implicación.</i> <i>• Con evidencias de su implicación.</i> <i>• Con evidencias de su implicación sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Como evidencias de dicha implicación se pueden examinar: envíos de correos electrónicos, circulares, mensajes en tableros de anuncios, actas de reunión, etc., siempre validadas por dirección. Difusión en página web del CSES con una introducción por parte de la dirección.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en la comunicación de los resultados del CSES a las personas que lo integran</i>	Código:	1.1.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La dirección debe hacer partícipe a los implicados pertinentes en la evolución de los resultados planificados que le afecten, según proceda y teniendo en cuenta los lógicos aspectos de confidencialidad de la información. Por ello, sería deseable que la dirección compartiera y difundiera la información adecuada en los foros adecuados. Esto implica una difusión más allá de la Comisión de dirección o equivalente, según estructura del CSES, que debe llegar no sólo al equipo directivo del CSES correspondiente, sino también a los trabajadores a través de los cargos intermedios.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Debe poderse comprobar dicha difusión.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>• Sin evidencias de su implicación.</i> <i>• Con evidencias de su implicación.</i> <i>• Con evidencias de su implicación sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Las evidencias de la difusión pueden ser reuniones, envíos de correos electrónicos, circulares, mensajes en tableros de anuncios, actas de reunión, etc., validadas por dirección.</i> <i>Información trimestral cuantitativa y cualitativa sobre prescripción de medicamentos. Información a los veterinarios de los equipos de AP, sobre su actividad en Salud Pública. Información anual sobre los resultados en Cartera de Servicios. Información anual sobre nº de derivaciones.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en el seguimiento del grado de implantación de su planificación estratégica</i>	Código:	1.1.4	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una adecuada planificación estratégica no debe limitarse solamente a la elaboración de un documento que la contenga, sino que debe estar soportada por un conjunto de acciones para llevarla a cabo y para supervisar su cumplimiento.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Debe poderse comprobar la implicación de la dirección en el seguimiento de las acciones adoptadas para llevar a cabo sus principios estratégicos. Esta implicación conlleva que la dirección esté informada del estado de las acciones emprendidas y de su eficacia para poder actuar en consecuencia.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias de su implicación.</i> <i>Con evidencias de su implicación.</i> <i>Con evidencias de su implicación sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Evaluación del cumplimiento de objetivos marcados en la planificación estratégica, a través de los correspondientes cuadros de mando, que tendrán un seguimiento a lo largo del tiempo. Como ejemplos de objetivos podemos citar los referidos a gasto farmacéutico, listas de espera, número de intervenciones quirúrgicas, número de consultas primeras y sucesivas, número de interconsultas primaria-especializada, número de sesiones clínicas, etc.</i> <i>Esto puede ser evidenciado mediante reuniones a las que asista la dirección, reportes periódicos a la misma, cuadros de mando / indicadores establecidos, seguimiento de los Contratos de gestión, etc.</i>				

Descripción del estándar	Se han identificado los principales grupos de interés	Código:	1.1.5	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El término grupos de interés hace referencia a las personas físicas o jurídicas, internas (empleados, accionistas, directores, etc.) o externas (financiadores, proveedores, asociaciones científicas, corporaciones locales, ONG's, asociaciones de consumidores y usuarios, grupos de presión, etc.) a la organización, que pueden influir en la misma de una u otra manera, ya que la observan de acuerdo con sus expectativas. Tener identificados los grupos de interés en la gestión empresarial supone que se tendrán en cuenta sus necesidades y expectativas en relación a las actividades de las Instituciones Sanitarias.				
Requisitos mínimos	Debe existir algún documento en el que se refleje la relación de los grupos de interés identificados.				
Ejemplos	Existirá un documento donde estén identificados los grupos de interés como sindicatos, sociedades científicas, colegios profesionales, asociaciones de usuarios y consumidores, asociaciones de pacientes, corporaciones locales (ayuntamientos), integrantes de los Consejos de Salud de Zona y de Área, Universidad, etc. Este documento puede ser un acta de reunión, correos electrónicos, un informe o cualquier otro similar, como la relación de los grupos de interés en la página web del CSES. La dirección debe tener conocimiento de dicho documento.				

Descripción del estándar	<i>Se facilita el acceso a los grupos de interés</i>	Código:	1.1.6	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Tal como se comenta en el desarrollo del modelo, los CSES deben operar teniendo en cuenta todos los grupos de interés implicados (pacientes, usuarios, Consejería de Sanidad y Dependencia, Servicio Extremeño de Salud, etc.), por lo que deben estar habilitados los cauces necesarios para que la comunicación bidireccional sea fluida.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Debe poderse mostrar evidencias de la habilitación de los cauces necesarios para que la comunicación con los grupos de interés sea fluida.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias del acceso con los grupos de interés identificados.</i> <i>Con evidencias de acceso con algunos grupos de interés identificados.</i> <i>Con evidencias de acceso con todos los grupos de interés identificados.</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos de comunicación bidireccional fluida: participaciones en reuniones de diversa índole del CSES, comunicaciones documentadas con los grupos, participaciones en eventos, etc.</i> <i>Deberán mostrarse documentos como actas de reuniones, correos electrónicos, etc, entre el CSES y los grupos de interés descritos en el estándar 1.1.5</i> <i>Foro de comunicación con claves de acceso a los grupos de interés.</i>				

Descripción del estándar	Están establecidas actuaciones para garantizar que la información de retorno de los servicios prestados llega a dirección	Código:	1.1.7	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La organización debe articular y aplicar periódicamente, instrumentos para la monitorización de la gestión, que permitan su evaluación mediante la recogida sistemática de datos sobre actividades, procesos y resultados relacionados con la asistencia al paciente; tras el análisis de estos datos extraerá consecuencias para adoptar medidas de mejora. Cada sector de actividad hará un seguimiento y evaluación de sus recursos; los responsables indicarán los objetivos a alcanzar y participarán, junto con los profesionales implicados, en las actividades de mejora de la calidad de la gestión del paciente y su proceso asistencial.				
Requisitos mínimos	Deben producirse reuniones con la dirección o informes a la misma, en los que se transmitan los resultados obtenidos en la prestación de los servicios. Esta información variará en función de las actividades llevadas a cabo por el CSES, pero siempre debieran formar parte de ellas los resultados de las encuestas y las quejas/ reclamaciones / agradecimientos. Todo ello debe ser reciente (al menos en el último año).				
Ejemplos	Establecimiento de cuadros de mando, establecimiento de reuniones con periodicidad establecida para analizar la información de retorno. Para comprobar este hecho debe poderse mostrar registros de dichas reuniones o de la remisión de dichos informes a la dirección. Envío sistemático de información sobre actividad diaria del personal facultativo. Información sobre derivaciones a radiología. Enfermería envía información sobre actividad sobre vacunas, extracciones, almacén, etc.				

Descripción del estándar	<i>Se adoptan acciones como consecuencia del análisis de la información de retorno</i>	Código:	1.1.8	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La labor de dirección no es tanto hacer cosas sino conseguir que se hagan, utilizando para ello su capacidad de liderazgo. Parte de esta capacidad implica completar las acciones previstas, no quedándose tan sólo en una labor de declaración de buenas intenciones, sino exigiéndose la realización eficaz y eficiente de acciones.</i> <i>La dirección debe, por tanto, poder evidenciar que sus planteamientos estratégicos son llevados a cabo de manera fehaciente.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Para ello debiera presentar evidencias de la adopción de acciones, bien de su encargo, bien del seguimiento de su ejecución o bien a través del análisis de los resultados obtenidos. Cuando no se han alcanzado los resultados planificados, deberían presentarse evidencias del análisis del incumplimiento y de las acciones adoptadas en consecuencia.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>• Sin evidencias de la adopción de acciones.</i> <i>• Con evidencias de la adopción de acciones.</i> <i>• Con evidencias de la adopción sistemática de acciones.</i>				
Ejemplos	<i>• Como consecuencia del análisis de la información sobre quejas y reclamaciones se adoptan acciones en consecuencia.</i> <i>• Debido a las listas de espera generadas en determinada especialidad se redistribuyen las actividades y agendas del servicio en cuestión.</i> <i>• Debido al retraso sufrido en el horario de consultas por determinado motivo, se dan instrucciones de citación por tramos horarios.</i> <i>• Debido a la excesiva actividad del pediatra se crea una nueva plaza de pediatría y un enfermero pediátrico.</i>				

	• Como consecuencia del análisis de la información de retorno obtenida de encuestas se realizan acciones como la redistribución de efectivos o de horarios, reasignaciones presupuestarias, en definitiva, establecimiento de procedimientos que mejoren la situación actual. Para comprobar este estándar se pueden analizar los siguientes documentos: ✓ Encargos de acciones: actas de reunión, circulares, correos electrónicos. ✓ Seguimiento de su ejecución: reportes, informes, actas, tendencias en indicadores. ✓ Análisis de los resultados obtenidos: actas, informes, etc.
--	--

Descripción del estándar	Las responsabilidades asociadas a los servicios prestados están claramente identificadas	Código:	1.1.9	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Dentro del análisis funcional de una organización, además de definir el organigrama, en el que aparecen todos los puestos de trabajo y sus relaciones jerárquicas superiores e inferiores, se debe realizar la definición de los diferentes puestos de trabajo uno por uno. En la definición de un puesto de trabajo, además de la misión (satisfacción de la causa que hace que sea necesario el puesto de trabajo), de las relaciones jerárquicas, de la autonomía para tomar decisiones, de las tareas correspondientes y del perfil del ocupante del puesto de trabajo, es recomendable definir cuáles son las principales responsabilidades propias del mismo, es decir, cuáles son los resultados que se le exigirán. Las responsabilidades son el desglose de la misión en objetivos más específicos. En una organización sanitaria, las responsabilidades asociadas a cada servicio prestado deben estar claramente identificadas como principio básico en el aseguramiento de la calidad y gestión de riesgos sanitarios.				
Requisitos mínimos	Debe existir una descripción documentada en la que se identifique sobre quién recaen las distintas responsabilidades implicadas en la prestación de los servicios.				
Ejemplos	Organigramas debidamente aprobados y difundidos; procedimientos de actuación con las funciones y responsabilidades incluidas; descripciones de puestos de trabajo, etc. En el caso de los centros de salud, se puede constatar la adaptación del Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria (Anexo del Decreto 67/1996) al propio centro de que se trate. Reglamento de régimen interno de los servicios sanitarios.				

1.2 Liderazgo de la Dirección

Descripción del estándar	Está definida la estructura directiva y las responsabilidades asociadas	Código:	1.2.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La organización dispondrá de una estructura directiva adecuada a los objetivos que persigue, acorde con su tamaño, su ámbito de actuación y el tipo de servicios que presta. Dentro del análisis funcional de una organización, además de definir el organigrama, en el que aparecen todos los puestos de trabajo y sus relaciones jerárquicas superiores e inferiores, se debe realizar la definición de los diferentes puestos de trabajo uno por uno, de al menos los tres primeros niveles jerárquicos. La dirección de un CSES está constituida por un conjunto de personas que deben tener claramente identificadas sus funciones y responsabilidades, tanto de manera individual como colectiva. Esta estructura va más allá de la estructura establecida en el marco legislativo aplicable y debe contar con las funciones creadas en cada centro para su gestión. Esta formación directiva actuará de forma coordinada entre sus distintos niveles a fin de evitar disfunciones en el seno de la organización.				
Requisitos mínimos	Debe establecerse un documento en el que se describa cómo está constituida la estructura directiva del CSES y las funciones y responsabilidades asociadas a cada miembro en sus distintas versiones: como cargo y como función (una persona del Comité de Dirección puede ser Director de Régimen Económico y Servicios Generales, y ostentar, de cara a la dirección y gestión del centro, funciones tales como responsable de calidad o representante de un determinado grupo de trabajo). Esta definición documentada debe haber sido debidamente difundida a los implicados.				
Ejemplos	Organigrama, procedimiento de responsabilidades, acta de reunión, etc. En el caso de los hospitales debe existir un reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento. En el caso de los centros de atención primaria del SSPE, además de al coordinador del centro se tendrá en cuenta la estructura Directiva de la Gerencia de Área, reflejada en el Decreto 189/2004, de 14 de diciembre.				

	En el caso de los servicios sanitarios, este estándar se comprobará a través del reglamento de régimen interno. Así mismo, se tendrá en cuenta la estructura Directiva del centro del que dependa.
--	--

Descripción del estándar	Están definidos los órganos de gobierno del CSES, y las responsabilidades asociadas	Código:	1.2.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Tal como hemos mencionado anteriormente, la dirección de un CSES está constituida por un conjunto de personas y órganos de gobierno y participación que deben tener claramente identificadas sus funciones y responsabilidades, tanto de manera individual como colectiva. Esta estructura va más allá de la estructura establecida en el marco legislativo aplicable y debe contar con las funciones creadas en cada centro para su gestión.				
Requisitos mínimos	Debe establecerse un documento en el que se describa cuáles son los órganos de gobierno y cuáles son sus funciones. Esta definición documentada debe haber sido debidamente difundida a los implicados. Debe estar documentado que se reúnen sistemáticamente y toman acuerdos por escrito.				
Ejemplos	En el caso del SSPE, los órganos de gobierno y participación en el área de salud son: el Consejo de Dirección del Área, La Gerencia de Área y El Consejo de Salud de Área, establecidos en el artículo 33 de la Ley de Salud de Extremadura.				

Descripción del estándar	<i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en actividades de mejora</i>	Código:	1.2.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Los líderes dirigen actividades para alcanzar los objetivos de la institución y para garantizar la asignación de los recursos necesarios en personal, instalaciones y equipamiento. Para alcanzar estas metas, evalúan las necesidades de los pacientes y las de los usuarios internos y externos de la organización, y, desde los cuadros administrativos y sanitarios, participan en los planes operativos, estratégicos y a largo plazo.</i> <i>El equipo directivo debe implicarse -directa o indirectamente- en las distintas actuaciones que se desarrollen en el entorno del CSES orientadas a la mejora de los servicios prestados y referente de toda la organización.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Para evidenciar esta implicación pueden analizarse los registros que surjan como consecuencia de la participación de los miembros del equipo directivo en dichas actividades o bien referencias del liderazgo de éstos respecto a actuaciones de mejora</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias de su implicación.</i> <i>Con evidencias de su implicación.</i> <i>Con evidencias de su implicación sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Registros que surjan como consecuencia de la participación de los miembros del equipo directivo en dichas actividades o bien referencias del liderazgo de éstos respecto a actuaciones de mejora (actas de reuniones, resúmenes de prensa, actas de comisiones de dirección y demás comisiones, que incluyan tomas de decisiones y planes de acciones concretos, etc.).</i> <i>Por ejemplo, orden de la dirección de renovación del mobiliario, cambios en la gestión de las cocinas, lavandería, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Existen pruebas fehacientes de la estimulación y apoyo a la asunción de responsabilidades de los trabajadores por parte de los directivos</i>	Código:	1.2.4	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Siendo el liderazgo aquello que estimula e incita a individuos y equipos a dar lo mejor de ellos mismos para alcanzar el resultado deseado, el mismo recae sobre todas aquellas personas que ejercen la supervisión directa dentro de la organización. Los responsables de los diferentes departamentos, direcciones, servicios o unidades establecerán, de forma participativa, los niveles de competencia de los equipos o secciones creadas y de cada profesional, promocionando y facilitando la intervención de todos ellos en el establecimiento de objetivos, en la elaboración de planes y en la gestión de las actividades de la unidad. De esta forma se generan oportunidades que estimulan la implicación y responsabilidad y que respaldan un comportamiento innovador y creativo.</i> <i>El término inglés “empowerment” hace referencia a cómo se faculta al personal, y se les permite responsabilizarse y tomar decisiones en su área, ofreciéndoles la formación necesaria en su caso. Se trata de una estrategia de motivación y promoción en el trabajo que consiste en la delegación de mayor capacidad de decisión a los empleados para que se sientan más implicados en la actividad y los objetivos de la empresa. Para ello se necesita que la organización tenga definidas una visión y una misión junto con unas estrategias para alcanzarlas; todo ello debe ser conocido y compartido por los integrantes de ésta.</i> <i>Los miembros del equipo directivo deben apoyar y estimular la asunción de responsabilidades por parte de los trabajadores a distintos niveles, según proceda. Esto debe ser realizado con la adecuada sensibilidad, teniendo en cuenta la alta diversidad de personalidades que se pueden encontrar los directivos dentro de sus respectivos equipos, por lo que no parece recomendable establecer un modelo de estimulación apriorístico.</i>				

Requisitos mínimos	<i>Se deben analizar las evidencias para comprobar si efectivamente se demuestra el apoyo de la dirección.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> • <i>Sin evidencias de la estimulación y apoyo.</i> • <i>Con evidencias de la estimulación y apoyo por parte de la dirección.</i> • <i>Con evidencias de la estimulación y apoyo por parte de la dirección, de manera sistemática.</i>
Ejemplos	<i>Premiar al que se implica.</i> <i>Potenciar telemedicina por parte de la Gerencia, facilitándole formación, tiempo, infraestructura y equipamiento.</i>

Descripción del estándar	<i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en asociaciones profesionales, conferencias, etc.</i>	Código:	1.2.5	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La dirección debe participar activamente en aquellos actos y foros en los que pueda dejar patente su implicación en la defensa de los principios básicos del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de su implicación.</i> <i>• Con evidencias de la implicación activa de la dirección en asociaciones profesionales, conferencias, etc.</i> <i>• Con evidencias de la implicación activa de numerosos miembros del equipo directivo en asociaciones profesionales, conferencias, etc.</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos de estas actuaciones pueden ser la participación activa de miembros del equipo directivo en conferencias, jornadas, mesas redondas, etc, con asociaciones profesionales, sociedades científicas, siempre que estén relacionadas con la actividad que se realice en el CSES correspondiente.</i> <i>Como documentos a analizar se encuentran los programas de las jornadas en las que el equipo directivo ha participado, copias de las exposiciones o conferencias, artículos de prensa, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se manifiesta el compromiso del equipo directivo con la política de calidad establecida</i>	Código:	1.2.6	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Los órganos directivos y mandos intermedios, en su función de líderes, se comprometerán con la gestión de la calidad total, apoyarán la mejora de la actividad proporcionando recursos y ayuda, se relacionarán con los clientes, proveedores y otras organizaciones externas, reconocerán y valorarán los logros del personal y basarán sus decisiones en informaciones relevantes y globales.</i> <i>La dirección debe asegurarse de que la política de calidad establecida es difundida a todos los niveles dentro de la organización. Esta asunción no debe quedarse en una mera distribución de conceptos, sino que debiera trabajar para comprobar si el mensaje ha sido entendido por todas las personas.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Debieran mostrarse, por tanto, evidencias de la existencia y difusión de la política de calidad y de las actuaciones llevadas a cabo para afianzar dicha transmisión de conocimientos.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se manifiesta el compromiso del equipo directivo con la política de calidad.</i> <i>Se manifiesta el compromiso del equipo directivo con la política de calidad.</i> <i>Se manifiesta el compromiso del equipo directivo con la política de calidad de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Un ejemplo de existencia de la política de calidad, sería objetivar las acciones que realiza el equipo directivo para canalizar el esfuerzo de los trabajadores hacia la consecución del Contrato de Gestión, garantizando el conocimiento de los objetivos previstos en el mismo por parte de todos los profesionales según su ámbito de responsabilidad y los objetivos de calidad.</i> <i>Difusión de la política de calidad a través de carteles, publicaciones internas o cartas al personal. Afianzamiento de la misma a través de reuniones, charlas, conferencias, reuniones con Departamentos, etc. En el SSPE, un ejemplo sería la difusión del Modelo de Calidad de CSES.</i> <i>Introducción y cumplimiento de objetivos de calidad en los Contratos de Gestión y Pactos de Gestión.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en eventos para difundir la cultura de calidad del CSES</i>	Código:	1.2.7	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para difundir de forma efectiva la concienciación sobre la calidad, la formación sobre la misma debería comenzar en la cima de la organización como un componente introductorio de la formación de directivos, lo que constituiría el punto de partida del proceso formativo sobre la calidad para el resto de la organización.</i> <i>La implicación de los líderes de la organización se extiende a las áreas de responsabilidad social corporativa (Compromiso de mantener un comportamiento transparente y que responda a las expectativas de los grupos de interés, lo que refuerza la posición, reputación y valor de la organización), así como a las áreas de desarrollo de trabajo.</i> <i>La dirección debe participar activamente en aquellos eventos en los que pueda difundir la cultura de calidad establecida en el CSES.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias de su implicación.</i> <i>Con evidencias de la implicación activa de la dirección en eventos.</i> <i>Con evidencias de la implicación activa de numerosos miembros del equipo directivo en eventos.</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos de estas actuaciones pueden ser la participación activa de miembros del equipo directivo (como por ejemplo, coordinadores de calidad en el caso de las áreas del SSPE) en reuniones internas (de Dpto., Comisiones, etc.) o externas (charlas sobre calidad, publicaciones, conferencias, seminarios, congresos, etc.), sobre aspectos de la calidad en el sistema sanitario. También se podrían citar publicaciones realizadas en revistas especializadas en calidad.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se manifiesta la implicación del equipo directivo en actividades encaminadas a la mejora del medio ambiente y al desarrollo de la sociedad</i>	Código:	1.2.8	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La dirección debe participar activamente en aquellas actividades que complementen su actuación en materia ambiental, de manera que se facilite la consecución de los objetivos ambientales perseguidos. Así mismo, para introducir nuevos elementos de cooperación es necesaria la participación activa de los profesionales. Esto le da a las organizaciones sanitarias la oportunidad de establecer alianzas con agentes sociales y repercutir positivamente en su entorno, a través del respeto al medio en el que opera y de la prevención y minimización de los impactos.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de su implicación.</i> <i>• Con evidencias de la implicación activa de la dirección en las actividades citadas.</i> <i>• Con evidencias de la implicación activa de numerosos miembros del equipo directivo en las actividades citadas.</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos de estas actuaciones pueden ser:</i> <i>• Participación activa de miembros del equipo directivo en reuniones internas (de Dpto., Comisiones, etc.) o externas (charlas sobre Medio Ambiente, publicaciones, etc.), es decir, se demuestra que el equipo directivo participa en actuaciones solidarias de diversa índole, orientadas a reportar beneficios a la sociedad.</i> <i>• Constitución de un grupo de trabajo en gestión de residuos, que contando con el compromiso de la dirección, evaluase la situación de generación de residuos por el CSES y analizase las acciones necesarias para la implantación de medidas correctoras y difusión de resultados.</i> <i>• Elaboración de un programa de formación del personal en materia ambiental.</i> <i>• Reciclaje de papel, vidrios, plásticos, etc.</i> <i>Charlas, coloquios, etc., encaminados a educación para la salud en determinados colectivos.</i>				

Categoría 2: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Definición

Cómo la organización formula, despliega y revisa su Estrategia y la convierte en planes y acciones concretos enfocados a una mejora continua de calidad en la organización.

Propósito

Esta categoría pretende conseguir que el establecimiento y consecución del conjunto de objetivos previstos por la dirección sea alcanzado de una manera organizada, sistematizada y debidamente priorizada en función de los distintos aspectos que influyen en la gestión.

Deberán articularse herramientas para convertir la estrategia global planteada en acciones concretas de actuación, siempre alineadas con la consecución de los objetivos previstos.

2.1 Planificación Estratégica

Descripción del estándar	Se realiza una Planificación Estratégica adecuada al CSES en la cual se determina el conjunto de decisiones de gestión que hará el mismo para alcanzar sus objetivos estratégicos	Código:	2.1.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La elaboración de un Plan Estratégico tiene como finalidad el darle una orientación a la empresa, y está constituido por un conjunto de decisiones de gestión que se centran en lo que hará la empresa para alcanzar el éxito, en la forma en que lo hará, y en los resultados que pretende alcanzar. De este modo se establece un marco para guiar y evaluar las acciones y los logros de la empresa, tanto a escala interna como externa. Cada CSES debe establecer una Planificación Estratégica que le permita alinear la gestión del centro con los objetivos globales / estratégicos establecidos en cada caso. Estos objetivos estratégicos dependerán del tipo de CSES y el medio en el que opere cada uno y deben constituir la base inspiradora del conjunto de acciones a desarrollar por todas las Unidades del CSES. La gestión de un centro ha de estar basada en una planificación a medio y largo plazo, cimentada en un análisis previo de situación, y en los objetivos a alcanzar, etc. Todo este trabajo ha de quedar plasmado en un documento que sirva de guía al CSES. Esta asunción de compromisos debe estar sustentada por un ejercicio de análisis y reflexión previamente a su establecimiento definitivo por parte del equipo de dirección, de manera que los compromisos adquiridos sean realistas. Toda planificación estratégica requiere una evaluación periódica de sus resultados, que nos permita corregir desviaciones, así como la redefinición de los objetivos marcados, en consonancia con los cambios organizativos o del entorno.				
Requisitos mínimos	Existe un documento que refleja la planificación estratégica, y que sirve de guía al CSES. Deben poderse mostrar los objetivos / principios estratégicos y las actuaciones, que de manera global, deben realizarse. Existencia de planes de actuaciones concretos para conseguir los objetivos previstos, con cronograma del mismo, responsable, recursos, etc.				

Ejemplos	Por ejemplo, un Centro de Salud en un entorno rural puede tener como objetivo estratégico la educación higiénico-sanitaria de su población de referencia, lo cual implicará distintas actuaciones a desarrollar durante el ejercicio. Un hospital, puede introducir en su planificación estratégica la disminución de la variabilidad en la práctica clínica, ya que dentro de sus valores está ofrecer una atención sanitaria segura y eficaz. Para ello se propone introducir vías clínicas, guías o protocolos de actuación. Un CSES, ha introducido entre sus objetivos estratégicos, la implantación de un modelo de calidad y para ello lidera la realización de Autoevaluación en el centro. Un centro se propone mejorar la calidad de la atención que presta a sus pacientes, y para ello se propone implicar progresivamente a sus profesionales sanitarios y no sanitarios en las actividades de mejora continua.
-----------------	--

Descripción del estándar	<i>Se realizan acciones para conocer y prever las características socio demográficas de la población de referencia</i>	Código:	2.1.2	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Las actuaciones a desarrollar pueden ser de distinta índole, debiendo el CSES identificar cuál debe ser la información socio demográfica necesaria de su población de referencia a obtener y, en función de ella, establecer los canales adecuados para la obtención de la información.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En función del entorno en el que esté situado el centro dicha información puede estar ya publicada o, al contrario, ser muy difícil de obtener. Sería deseable que las actuaciones no se limitasen a la obtención de la información, sino que se tendiera a la utilización de la información disponible, sea del carácter que sea.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN <i>No se conocen las condiciones socio demográficas en las que el CSES realiza su actividad.</i> <i>Existen datos recientes de las condiciones socio demográficas en las que el CSES realiza su actividad.</i> <i>Existen datos recientes y periódicos de las condiciones socio demográficas en las que el CSES realiza su actividad.</i>				
Ejemplos	<i>Obtención de datos censales. Se puede utilizar como fuente el INE: datos sobre cifras de población, análisis y estudios demográficos, educación, cultura, nivel, calidad y condiciones de vida, análisis sociales, salud (encuesta de morbilidad hospitalaria, defunciones según causa de muerte, encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, encuesta de salud y hábitos sexuales, enfermedades de declaración obligatoria).</i>				

Descripción del estándar	<i>Se realizan acciones para conocer y prever las necesidades de salud de la población de su área de influencia</i>	Código:	2.1.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Las actuaciones a desarrollar pueden ser de distinta índole, debiendo el CSES identificar cuál debe ser la información referente a las necesidades de salud de su población de referencia a obtener y, en función de ella, establecer los canales adecuados para la obtención de la información.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En función del entorno en el que esté situado el centro dicha información puede estar ya publicada o, al contrario, ser muy difícil de obtener. Sería deseable que las actuaciones no se limitasen a la obtención de la información, sino que se tendiera a la utilización de la información disponible, sea del carácter que sea.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN <i>No se conocen las necesidades de salud en las que el CSES realiza su actividad.</i> <i>Existen datos recientes de las necesidades de salud en las que el CSES realiza su actividad.</i> <i>Existen datos recientes y periódicos de las necesidades de salud en las que el CSES realiza su actividad.</i>				
Ejemplos	<i>Por ejemplo, realización de estudios epidemiológicos de prevalencia de enfermedades, estilos de vida, etc; revisiones bibliográficas de trabajos realizados en su área o similares, etc.</i> <i>Diagnóstico de salud de zona.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se realizan acciones para conocer y prever las expectativas, opiniones y sugerencias de los clientes no pacientes</i>	Código:	2.1.4	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Es especialmente importante conocer el contexto en el que el centro desarrolla su actividad. Este conocimiento debe servir de base para la planificación de todas las tareas desarrolladas por el centro, de manera que se alineen el conjunto de las actividades desarrolladas (tanto asistenciales como no asistenciales) con las necesidades de la población en la que el centro está inmerso.</i> <i>Las actuaciones a desarrollar pueden ser de distinta índole, debiendo el CSES identificar cuál debe ser la información referente a las necesidades de salud de su población de referencia a obtener y, en función de ella, establecer los canales adecuados para la obtención de la información.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Sería deseable que las actuaciones no se limitasen a la obtención de la información, sino que se tendiera a la utilización de la información disponible, sea del carácter que sea.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se conocen las expectativas, opiniones y sugerencias de los clientes no pacientes.</i> <i>Existen datos recientes sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los clientes no pacientes.</i> <i>Existen datos recientes y periódicos sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los clientes no pacientes.</i>				
Ejemplos	<i>Por ejemplo, buzón de sugerencias, realización de encuestas, recortes de prensa, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se realizan acciones para conocer y prever las expectativas, opiniones y sugerencias de los pacientes</i>	Código:	2.1.5	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Se define como paciente a la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.</i> <i>Si bien en otras categorías se valora el método y rigurosidad de obtención de la información, en este estándar debe valorarse su identificación conceptual: cuáles van a ser nuestros tipos de pacientes, qué precisión requeriremos, cuáles son los parámetros que más vamos a valorar, en qué campos vamos a realizar el análisis, etc.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se conocen las expectativas, opiniones y sugerencias de los pacientes.</i> <i>Existen datos recientes sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los pacientes.</i> <i>Existen datos recientes y periódicos sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los pacientes.</i>				
Ejemplos	<i>Para evidenciar este hecho pueden mostrarse declaraciones de la dirección, bien en documentos públicos / publicados o bien en informes y / o reportes internos.</i> <i>Por ejemplo, buzón de sugerencias, encuestas de satisfacción de pacientes ingresados, encuestas de satisfacción de pacientes de atención primaria, etc.</i> <i>Se pueden constatar como evidencias documentales, por ejemplo, informes técnicos acerca de los resultados de las encuestas realizadas.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se realizan acciones para conocer y prever las expectativas, opiniones y sugerencias de los profesionales</i>	Código:	2.1.6	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Si bien en otras Categorías se valora el método y rigurosidad de obtención de la información, en este estándar debe valorarse su identificación conceptual: cuáles van a ser nuestros tipos de personal, qué precisión requeriremos, cuáles son los parámetros que más vamos a valorar, qué aspectos son especialmente delicados en el análisis, inferencias con aspectos legales no deseadas, etc. para realizar el análisis.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se conocen las expectativas, opiniones y sugerencias de los profesionales.</i> <i>Existen datos recientes sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los profesionales.</i> <i>Existen datos recientes y periódicos sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los profesionales.</i>				
Ejemplos	<i>Por ejemplo, buzón de sugerencias, charlas, coloquios, encuestas de satisfacción, cartas a la dirección, reportes de prensa de reuniones de sociedades científicas, colegios profesionales o sindicatos, etc.</i>				

Descripción del estándar	Los Contratos de Gestión o similares están analizados por el equipo de dirección	Código:	2.1.7	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El Contrato de Gestión es una herramienta clave para la gestión, que permite definir la fijación, seguimiento y evaluación de objetivos de actividad, calidad y relación entre los niveles asistenciales. Así mismo define y clarifica los mecanismos de financiación, las vías de desarrollo de los centros, y contribuye a consolidar una cultura de comparación objetiva entre hospitales y dentro de ellos entre las distintas Unidades asistenciales. En el caso del SSPE, se realizaría entre los Servicios Centrales del SES y las Gerencias de Área.				
Requisitos mínimos	Debe poderse mostrar que los Contratos de Gestión o similares están analizados por el equipo de dirección.				
Ejemplos	Debe poderse mostrar algún tipo de evidencia de dicho análisis previo, tales como actas de reuniones de Comité de Dirección o de Comisiones, Informes Técnicos, propuestas, etc. que posicione al CSES de cara a los compromisos a adquirir. En el caso de los CSES públicos, se evidenciaría a través de las Gerencias de Área a las que se encuentren adscritos funcionalmente.				

Descripción del estándar	Existe una planificación para llevar a cabo las acciones que aseguren el cumplimiento de los compromisos contractuales establecidos	Código:	2.1.8	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Una vez establecidos los compromisos en el Contrato de Gestión o similar, debe producirse un despliegue de objetivos en toda la organización, de manera que se establezcan el conjunto de acciones encaminadas a conseguirlos. En definitiva, cómo vamos a planificar las acciones para alcanzar los objetivos propuestos.				
Requisitos mínimos	La planificación se realiza desde dirección, repartiendo los compromisos / objetivos a conseguir entre los responsables de las funciones implicadas correspondientes. Revisar cumplimiento y adecuación de los objetivos a corto y medio plazo. Deben poderse mostrar planes y seguimiento de acciones que aseguren la adecuación entre los compromisos adquiridos y las actuaciones concretas desarrolladas.				
Ejemplos	Los ejemplos pueden estar constituidos por un Plan de trabajo, o distintos planes de actuación, o actas de reuniones. En dichos planes, se habrán marcado objetivos, acciones concretas para conseguir dichos objetivos, cronograma, etc. Es decir, deberán estar definidos el “quién”, el “qué”, el “cómo” y el “cuándo” en la planificación, para llevar a cabo las acciones que aseguren el cumplimiento de los compromisos contractuales adquiridos. En el caso de centros sanitarios públicos, se evidenciaría a través de las estructuras de gestión a las que se encuentren adscritos funcionalmente (Gerencia de Área).				

Descripción del estándar	Existen Pactos de Gestión, validados, que definen los compromisos de actividad a cumplir	Código:	2.1.9	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Al igual que se establece un Contrato de Gestión entre los Servicios Centrales del SES y las Gerencias de Área en el caso del SSPE, deben establecerse -y documentarse- los compromisos que cada una de las Unidades de servicios del CSES adquiere con la dirección del mismo, o los que establece el propio CSES con las Gerencias de Área.				
Requisitos mínimos	A cada CSES le corresponde, en función de su estructura y funcionamiento, definir cuántos pactos debe establecer y quién es el responsable de los compromisos establecidos en cada pacto. Estos pactos debieran establecerse con posterioridad a la definición del Contrato de Gestión para poder tener en cuenta los compromisos / requisitos exigidos al CSES, y deben ser revisados periódicamente para analizar las tendencias de los mismos. Estos pactos deben estar validados por la dirección del CSES y por los responsables de cada una de las Unidades implicadas.				
Ejemplos	Los Pactos de Gestión en el SSPE se llevan a cabo entre las Gerencias de Área y el Hospital, los distintos servicios del mismo, los Equipos de Atención Primaria, Unidades de Apoyo, etc.				

Descripción del estándar	Se asegura la coherencia del Contrato de Gestión o documento similar asumido por el CSES con los distintos Pactos de Gestión	Código:	2.1.10	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Como corolario de los dos aspectos comentados anteriormente, para asegurar la adecuación entre los compromisos adquiridos por la dirección con las autoridades sanitarias y el día a día de la organización, los Pactos de Gestión en cada CSES deben tener en cuenta todos los requisitos establecidos en los Contratos de Gestión.				
Requisitos mínimos	Los Pactos de Gestión deben estar conformados, o al menos revisados, tras el establecimiento de los Contratos de Gestión, de manera que se asegure su adecuación.				
Ejemplos	Para evidenciar este hecho pueden analizarse dichos pactos o, en su defecto, analizar las reuniones mantenidas para el establecimiento y seguimiento de cada CSES, con el fin de comprobar que los Contratos de Gestión han sido tenidos en cuenta y se realiza un seguimiento de los mismos. En los centros de carácter privado, la confirmación de este estándar dependerá de su estructura de gestión.				

Descripción del estándar	Se dispone de un Reglamento de Régimen Interior aprobado	Código:	2.1.11	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Se trata de un conjunto de normas que regula el funcionamiento del CSES.				
Requisitos mínimos	Debe existir un documento en el que se definan todas las actuaciones asociadas al Régimen Interior. Este documento debe estar aprobado y custodiado por la dirección, difundido entre todos los implicados y a disposición de quien lo solicite. Debe ser revisado periódicamente. La complejidad de este Reglamento dependerá del tipo de CSES y debe asegurar siempre el cumplimiento de la legislación relacionada que le sea de aplicación, y no ir en contra de normas de superior rango.				
Ejemplos	Valorar los siguientes aspectos: • Procedimiento para su elaboración y aprobación. • Sección dedicada al órgano de gobierno y dirección del hospital, dirección del servicio o centro de salud. • Sección dedicada a los departamentos, servicios y unidades. • Sección dedicada a derechos y responsabilidades del personal. • Sección dedicada a los derechos y deberes de los enfermos y familiares. • Sección dedicada a los aspectos éticos de la actividad. • Órganos de participación y consulta. • Políticas y procedimientos de carácter general. • Coherencia con las normas legales y regulaciones establecidas por las autoridades sanitarias.				

Descripción del estándar	Se dispone de un Organigrama funcional debidamente validado	Código:	2.1.12	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Un organigrama es una representación grafica simplificada, total o parcial, de la estructura de una organización, en términos de unidades, departamentos, sectores o puestos de trabajo y de las relaciones existentes entre ellos. Muestra la departamentalización de una empresa, es decir, se agrupan las tareas homogéneas bajo criterios lógicos. Los organigramas funcionales indican, además de los servicios o unidades existentes, las relaciones entre ellos y sus principales funciones.				
Requisitos mínimos	Debe existir un documento (o varios relacionados) en el que se definan las principales funciones y responsabilidades a desarrollar asociadas a las actividades que se llevan a cabo en el CSES. Este documento debe ser coherente con la RPT (cuando proceda) y debe complementarla, incidiendo más en aspectos funcionales que jerárquicos. El nivel de detalle y complejidad de este documento dependerá del tipo de CSES y de las personas que realicen su función en el mismo (deben ser tenidas en cuenta las funciones y responsabilidades de tareas externalizadas) y debe asegurar siempre el cumplimiento de la legislación relacionada que le sea de aplicación. Este documento debe estar aprobado y custodiado por la dirección, difundido entre todos los implicados y a disposición de quien lo solicitara.				
Ejemplos	Documentos que evidencien el Organigrama funcional, debidamente validado. En el proceso de autoevaluación sería recomendable valorar: - si dicho organigrama fomenta una dirección participativa y el trabajo en equipo. - nivel de efectividad de descentralización de funciones y responsabilidades. - claridad con que se expresa en cada nivel los aspectos de autoridad y responsabilidad. - la efectividad y eficiencia de los mecanismos de coordinación y de relación entre los distintos niveles y unidades. - efectividad y eficiencia de los mecanismos de comunicación entre niveles. - efectividad de los mecanismos de comunicación entre el personal y el Órgano de Gobierno.				

Descripción del estándar	Se dispone de una Política de Gestión de Riesgos	Código:	2.1.13	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El objetivo de una Política de Gestión de Riesgos es el desarrollo de una cultura de seguridad a todos los niveles en el CSES, en la que cada profesional se sienta responsable e implicado, para optimizar el proceso de cuidados y garantizar la calidad de la prestación de asistencia sanitaria. Esta política debe permitir al equipo directivo, la definición de prioridades para garantizar la seguridad del funcionamiento del CSES y poner en marcha un programa de reducción y tratamiento de los riesgos detectados. La formación e información de los profesionales en la Gestión de Riesgos es una necesidad ineludible para lograr los objetivos de una política de gestión de riesgos. Les debe permitir, no solo adquirir los conocimientos necesarios para su participación en la ejecución de los programas, sino también favorecer una dinámica de equipo en el sentido de generar intercambios sobre la propia organización del trabajo, los resultados obtenidos y las actuaciones a desarrollar. Dentro de la planificación estratégica de un CSES debe estar incluido como uno de sus objetivos fundamentales la existencia de una política de Gestión de Riesgos. Cada centro debe identificar cuáles son los riesgos asociados a su actividad, que, a su vez, dependerá, entre otros, de: - los recursos humanos de los que disponga, - las instalaciones y equipamiento utilizados, - su ubicación física y geográfica (entornos sensibles medioambientales, por ejemplo), - la actividad asistencial realizada (medicina nuclear o rayos X, por ejemplo). Una vez detectados e identificados los riesgos, existe una evaluación de los mismos en función de su frecuencia de presentación y gravedad. Y una vez evaluados los riesgos, se aborda su tratamiento, consistente en la eliminación, minimización o transferencia de los mismos. En definitiva, se dispone de una Gestión de Riesgos Sanitarios.				
Requisitos mínimos	Sería recomendable que el conjunto de dichas actuaciones (política de gestión de riesgos) estuviesen formalmente recogidas de manera que sea fácil su seguimiento y revisión, si bien el requisito mínimo es que dichas actuaciones estén documentadas y difundidas.				

	• Se dispone de un Programa de Gestión de Riesgos Sanitarios, que incluya identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos, con unos objetivos precisos, mensurables en el tiempo. • Se proveerá periódicamente al personal del CSES, de formación precisa y de instrucciones apropiadas sobre medidas y normas de seguridad y prevención frente a riesgos, orientadas a su propia protección y la de los pacientes y familiares.
Ejemplos	• Los Programas de Gestión de Riesgos Sanitarios tienen identificados los riesgos (falta de Consentimiento Informado, falta de formación del personal para la realización de determinadas técnicas, listas de espera para determinadas especialidades o pruebas diagnósticas, procedimientos complejos o no claramente definidos, etc.) • Documentos de análisis de frecuencia de aparición de riesgos, como aquellos basados en las reclamaciones sobre un determinado aspecto. • Documentos donde se pone de manifiesto la toma de medidas para eliminar o reducir riesgos. • Retroalimentación a partir de denuncias, reclamaciones judiciales o no judiciales, etc. • Existencia de programas de formación específicos.

Descripción del estándar	La Política de Gestión de Riesgos incluye la responsabilidad civil/ patrimonial	Código:	2.1.14	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Cada CSES debe asumir las responsabilidades que tenga asociadas, tanto las marcadas por la legislación como aquellas exigibles desde un punto de vista operativo y ético. Esto implica que en el conjunto de actuaciones desarrolladas por el centro deben ser incorporados todos los aspectos aplicables, en especial aquellos asociados a su responsabilidad civil y/o patrimonial y siempre en función de lo que proceda, toda vez que en muchos casos por la titularidad pública dicha responsabilidad pueda recaer, en mayor o menor medida, en la Organización a la que pertenezca, como Servicio Extremeño de Salud, por ejemplo. En cualquier caso deben incorporarse en la Política y Directrices del CSES aquellos aspectos que procedan, para lo cual debe realizarse, al menos, un ejercicio de análisis y reflexión de las necesidades y actuaciones necesarias para contemplar una adecuada gestión del riesgo que cada caso conlleve.				
Requisitos mínimos	Existen pólizas de seguro o créditos asignados a auto-seguro.				
Ejemplos	Comprobación de la existencia de seguro de responsabilidad civil / patrimonial. En el caso del SSPE se podría comprobar la póliza actual del SES o capítulo económico destinado a tal fin (Servicios Centrales del SES), y la existencia de pólizas de seguro en los centros concertados con el mismo. En el caso de CSES privados se puede constatar la existencia de pólizas de seguro o auto-seguro.				

Descripción del estándar	La Política de Gestión de Riesgos incluye la responsabilidad en materia de Prevención de Riesgos Laborales	Código:	2.1.15	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La Prevención de Riesgos Laborales tiene como objetivo la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo, incluidas las características propias de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo, así mismo se incluyen la naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ámbito de trabajo. Esto implica que en el conjunto de actuaciones desarrolladas por el centro deben ser incorporados todos los aspectos aplicables, en especial aquellos asociados a la prevención de riesgos laborales y siempre en función de lo que proceda, toda vez que en muchos casos por la titularidad pública muchos de los requisitos exigibles pueden recaer, en mayor o menor medida, en la Organización a la que pertenezca, como Servicio Extremeño de Salud, por ejemplo.				
Requisitos mínimos	• Debe constatarse la existencia de Programas de Prevención de Riesgos Laborales, dentro de los cuales se debe realizar la identificación de los riesgos, la evaluación (frecuencia y gravedad con la que acontecen), y su tratamiento (anular o minimizar el riesgo, responsabilidad patronal y transferencia). En cualquier caso debe incorporarse en la Política y Directrices del CSES aquellos aspectos que procedan, para lo cual debe realizarse, al menos, un ejercicio de análisis y reflexión de las necesidades y actuaciones necesarias para contemplar una adecuada gestión del riesgo que cada caso conlleve. Se deben presentar evidencias sistemáticas y continuadas de la realización de la evaluación de las implicaciones derivadas de la Prevención de Riesgos Laborales. • Se proveerá a los trabajadores de la formación necesaria para la adecuada Prevención de Riesgos Laborales. • Debe constatarse la existencia de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales propio o de referencia, o bien concertado, como sería el caso de organizaciones privadas.				

Ejemplos	Por ejemplo, la organización planifica e implementa un programa para garantizar la seguridad de los ocupantes de sus instalaciones ante el fuego, el humo y otras emergencias. Se realiza evaluación de los riesgos para la seguridad y la salud en el trabajo. Se realizan controles del estado de salud de los trabajadores, mediante reconocimientos médicos periódicos. Se ha elaborado una relación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que hayan causado al trabajador una incapacidad laboral superior a un día de trabajo. Se toman en consideración las capacidades profesionales de los trabajadores en materia de seguridad y de salud en el momento de encomendarles las tareas. Se imparten cursos de formación sobre Prevención de Riesgos Laborales a los trabajadores. Existe un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
-----------------	--

Descripción del estándar	La Política de Gestión de Riesgos incluye la responsabilidad por explotación en lo referente a Estructuras / Materiales	Código:	2.1.16	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Esto implica que en el conjunto de actuaciones desarrolladas por el centro deben ser incorporados todos los aspectos aplicables, en especial aquellos asociados a su responsabilidad sobre las estructuras y materiales y siempre en función de lo que proceda, toda vez que en muchos casos por la titularidad pública dicha responsabilidad pueda recaer, en mayor o menor medida, en la Organización a la que pertenezca, como Servicio Extremeño de Salud, por ejemplo.				
Requisitos mínimos	En cualquier caso deben incorporarse en la Política y Directrices del CSES aquellos aspectos que procedan, para lo cual debe realizarse, al menos, un ejercicio de análisis y reflexión de las necesidades y actuaciones necesarias para contemplar una adecuada gestión del riesgo que cada caso conlleve.				
Ejemplos	Constatación de existencia de un seguro de responsabilidad por explotación o partida de gastos destinada a tal fin. En este caso el asegurador cubre la Responsabilidad Civil del asegurado (la organización a la que pertenece el CSES, o el propio CSES) por los daños ocasionados a terceros (en este caso los usuarios, los trabajadores, etc) mientras se encuentra en la ubicación de riesgo mencionada en la póliza. La responsabilidad por explotación incluye los daños ocasionados, por ejemplo, en el caso de derrumbe de parte de la estructura de un edificio hospitalario, o aquellos procedentes del mal funcionamiento de un acelerador lineal, o caída de árbol del perímetro del CSES sobre automóvil de usuario.				

Descripción del estándar	Se dispone de una Carta o Guía de Servicios	Código:	2.1.17	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El último paso para el establecimiento de los compromisos adquiridos por el centro está en la definición de dichos compromisos, que se plasman en las Cartas de Servicios, donde se especifica al usuario la información relativa a los servicios prestados, sus derechos y deberes relativos a la salud, servicios y unidades asistenciales disponibles, etc.				
Requisitos mínimos	Cada centro debe disponer de un documento en el que se describe la cartera de los distintos servicios ofrecidos por el CSES. La Carta de Servicios debe cumplir con las especificaciones legales establecidas y debe estar validada por la dirección. Asimismo, dicha Carta debe estar adecuadamente difundida, y debe ser fácilmente visible e inteligible por todos los usuarios del centro.				
Ejemplos	Existe una Carta de Servicios difundida y en lugares visibles, como salas de espera, etc. El CSES debe poner de manifiesto ante el evaluador la forma en la que ha difundido su Carta o Guía de Servicios.				

Descripción del estándar	<i>En la Carta de Servicios se especifican los derechos y deberes de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del CSES y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos</i>	Código:	2.1.18	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Tal como se ha dicho anteriormente, es importante que cada CSES disponga de una Carta de Servicios, incidiendo en los conceptos en ella incluidos en detrimento de aspectos formales. Dicha Carta debe estar acompañada por las especificaciones asociadas a cada servicio, es decir, los compromisos inherentes al mismo.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Sería recomendable que la mencionada Carta de Servicios incluyera los siguientes aspectos:</i> - los derechos y deberes de los usuarios, - las prestaciones disponibles, - las características asistenciales del CSES, - los requisitos para acceder a la asistencia, - las dotaciones de personal, - instalaciones y medios técnicos disponibles, horario, etc. <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> • En la Carta de Servicios no se recoge ninguno de los aspectos especificados anteriormente. • En la Carta de Servicios se recogen, al menos, algunos de los aspectos especificados anteriormente. • En la Carta de Servicios se recogen todos los aspectos especificados anteriormente.				
Ejemplos	<i>En el ámbito hospitalario, la Carta de Servicios contará con la relación de servicios y unidades asistenciales disponibles, su características asistenciales y requisitos de acceso, así como localización, planta, plano de la misma, horario de atención, etc.</i> <i>En el ámbito de atención primaria, Carta de Servicios con los programas y acciones del SSPE en materia de prevención, promoción y protección de la salud.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se dispone de un Plan de Calidad adecuado al CSES debidamente aprobado</i>	Código:	2.1.19	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Complementariamente al conjunto de actuaciones desarrolladas en cada CSES para asegurar el cumplimiento de los compromisos adquiridos, tanto con las autoridades sanitarias (Contrato de Gestión), como con las Unidades de Servicio (Pactos de Gestión), como con los usuarios (Cartas de Servicios), el centro debe desarrollar un conjunto de actividades encaminadas a conseguir los niveles de calidad previamente establecidos y deseados por el propio centro.</i> <i>El objetivo esencial de todo Plan de Calidad debe ser asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada, más centrada en las necesidades particulares del paciente y usuario. Por tanto, es necesario centrar esfuerzos en apoyar a los profesionales en todo aquello que contribuya a favorecer esa excelencia clínica. Para conseguir este objetivo es necesario articular estrategias, medidas y programas de actuación para asegurar la consecución de este objetivo esencial, todas estas acciones deben estar planificadas, pues sin planificación no es posible ejercer ningún tipo de control.</i>				

Requisitos mínimos	<i>Las actuaciones deben estar debidamente definidas y planificadas para asegurar el adecuado seguimiento.</i> <i>Este plan debe estar validado por la dirección del CSES.</i> <i>El CSES debe tener unos objetivos de calidad y planes de actuación concretos. Dicha planificación debiera identificar:</i> - <i>Actuaciones a desarrollar.</i> - <i>Responsable de su consecución.</i> - <i>Plazos previstos (de consecución y seguimiento).</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: • <i>No se presenta ningún tipo de evidencia del Plan de calidad.</i> • <i>Se presentan evidencias de haber realizado actuaciones para planificar la calidad de las actuaciones a desarrollar.</i> • <i>El Plan de calidad se recoge en un documento único, aprobado por dirección y revisado periódicamente.</i>
Ejemplos	<i>Planes de mejora de la calidad.</i> <i>Mecanismos de garantía de calidad implantados en los CSES, y aspectos generales de la evaluación de la calidad de la asistencia prestada en dichos CSES.</i> <i>En el caso de un hospital, la existencia de una Unidad de Calidad, liderada por el coordinador de calidad, que coordina un Plan de calidad donde se tienen establecidos los objetivos del año, de acuerdo con la Comisión Central de Garantía de Calidad y con la aprobación de la comisión de dirección, y para cada objetivo se especifica el logro esperado, calendario de actuaciones, monitorización de indicadores, y medidas correctoras para abordar las desviaciones. Como objetivos de calidad se pueden citar la contestación de reclamaciones en un determinado plazo, el control de infecciones nosocomiales, la existencia de Protocolos, uso de Guías de Práctica clínica, etc.</i> <i>En el caso de CSES sin internamiento, se pueden adoptar planes de calidad en relación con determinados programas de salud, como por ejemplo, en la atención al anciano, a la infancia, a la embarazada, etc, en los que se fijan normas técnicas mínimas, porcentajes de cobertura, etc.</i>

Descripción del estándar	Están establecidos objetivos para los indicadores del Plan de Calidad del CSES		Código:	2.1.20	Tipo:	R																								
Principios básicos del estándar	Para poder evaluar el Plan de Calidad es necesario poder medir el nivel de desarrollo de cada uno de los objetivos que lo componen, bien mediante técnicas cualitativas, cuantitativas o mixtas, según el objetivo de que se trate. Los indicadores deben estar fijados y los estándares de medición establecidos.																													
Requisitos mínimos	El Plan de Calidad debe de contener los indicadores para poder medir la consecución de los objetivos establecidos, comprender las tendencias y, en su caso, determinar nuevas iniciativas que cubran las deficiencias detectadas. Para poder analizar la información en su justa medida debieran estar establecidos cuáles son los valores objetivo para cada indicador con el fin de analizar si los resultados obtenidos están alcanzando los valores planificados inicialmente. ESCALA DE PONDERACIÓN: - No están establecidos objetivos para ningún indicador del Plan de Calidad del CSES. - Están establecidos objetivos para algunos indicadores del Plan de Calidad. - Están establecidos objetivos para todos los indicadores del Plan de Calidad.																													
Ejemplos	Dentro del Plan está el objetivo de “impulsar la docencia y la investigación”, y para poder medirlo se han establecido los siguientes indicadores: <table><thead><tr><th>INDICADOR</th><th colspan="3">OBJETIVOS DEL INDICADOR</th></tr><tr><th></th><th>BAJO</th><th>MEDIO</th><th>EXCELENTE</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nº de publicaciones en revistas indexadas</td><td><3</td><td>3-10</td><td>> 10</td></tr><tr><td>Ingresos económicos por investigación</td><td><6.000 €</td><td>6.000-12.000 €</td><td>> 12.000 €</td></tr><tr><td>Nº de estudiantes MIR</td><td>< 50</td><td>50- 75</td><td>> 75</td></tr><tr><td>Nº de horas docentes realizadas.</td><td>< de 100h.</td><td>> de 100h. < 200h.</td><td>> de 200h.</td></tr></tbody></table>						INDICADOR	OBJETIVOS DEL INDICADOR				BAJO	MEDIO	EXCELENTE	Nº de publicaciones en revistas indexadas	<3	3-10	> 10	Ingresos económicos por investigación	<6.000 €	6.000-12.000 €	> 12.000 €	Nº de estudiantes MIR	< 50	50- 75	> 75	Nº de horas docentes realizadas.	< de 100h.	> de 100h. < 200h.	> de 200h.
INDICADOR	OBJETIVOS DEL INDICADOR																													
	BAJO	MEDIO	EXCELENTE																											
Nº de publicaciones en revistas indexadas	<3	3-10	> 10																											
Ingresos económicos por investigación	<6.000 €	6.000-12.000 €	> 12.000 €																											
Nº de estudiantes MIR	< 50	50- 75	> 75																											
Nº de horas docentes realizadas.	< de 100h.	> de 100h. < 200h.	> de 200h.																											

Descripción del estándar	<i>El CSES tiene establecido un Plan de Accesibilidad Global</i>	Código:	2.1.21	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Legislación aplicable:</i> • <i>Ley 5/2003, 2 diciembre, sobre igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.</i> • <i>RD 505/2007, de 2 da abril, sobre las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones.</i> <i>También es aplicable el Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012.</i> <i>Los centros sanitarios, al tratarse de edificios de gran relevancia para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, requieren un tratamiento más específico y de mayor exigencia en lo relativo a la accesibilidad de los espacios físicos.</i> <i>La accesibilidad global es la cualidad que tienen los entornos, de manera que sean adecuados a las capacidades, necesidades y expectativas de todos sus potenciales usuarios, independientemente de su edad, sexo, origen cultural o grado de capacidad. De este modo se pretende que los usuarios puedan realizar, sin dificultad ni sobreesfuerzo, todas las acciones de Deambulación, Aprehensión, Localización y Comunicación (Criterios DALCO) que estén ligadas a los procesos que se espera realicen en, especialmente las que se derivan de situaciones de emergencia.</i> <i>El Plan de Accesibilidad Global deberá emanar de los principios estratégicos del CSES, con el compromiso de la dirección de que los bienes y servicios que oferta estén a disposición de todos sus posibles usuarios, haciendo efectiva la igualdad de oportunidades y la no discriminación de las personas con discapacidad, con cumplimiento de la legislación vigente en materia de accesibilidad y con la perspectiva de conseguir servicios o entornos accesibles bajo criterios DALCO.</i>				

Requisitos mínimos	<i>Existencia de un Plan de Accesibilidad con los objetivos y actuaciones definidos y planificados .</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• El CSES no tiene establecido un Plan de Accesibilidad Global.</i> <i>• El CSES tiene establecido un Plan de Accesibilidad Global.</i> <i>• El Plan de Accesibilidad Global se presenta como un documento único, aprobado por dirección y revisado periódicamente.</i>
Ejemplos	<i>Diagnostico de la situación de la accesibilidad que sería previo a la realización del Plan, con la identificación de las zonas deficientes en la estructura (barreras) y materiales de accesibilidad del CSES, como: elementos de agarre, pavimentos, espacios de maniobra, zonas de circulación, señalización de orientación, señales luminosas, acústicas, táctiles, etc. Planificación de las acciones con el cronograma y personas responsables para su seguimiento.</i>

Descripción del estándar	<i>Están establecidos objetivos para los indicadores del Plan de Accesibilidad Global</i>	Código:	2.1.22	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El objetivo esencial del Plan de Accesibilidad Global debe ser alcanzar la plena igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad, si bien es cierto, que colectivos como las personas de edad avanzada no discapacitadas y aquellas que tienen discapacidades transitorias, se beneficiarían de dicho Plan. Por tanto, es necesario centrar esfuerzos en apoyar estrategias para que los entornos, bienes, productos o servicios puedan ser utilizados por todos los usuarios del CSES. Para conseguir este objetivo es necesario articular estrategias, medidas y programas de actuación, de manera planificada, pues sin planificación no es posible ejercer ningún tipo de control.</i> <i>Para poder evaluar el Plan de Accesibilidad es necesario poder medir el nivel de desarrollo de cada uno de los objetivos que lo componen, bien mediante técnicas cualitativas, cuantitativas o mixtas, según el objetivo de que se trate. Los indicadores deben de estar fijados y los estándares de medición establecidos.</i>				
Requisitos mínimos	<i>El Plan de Accesibilidad Global debe contener los indicadores para poder medir la consecución de los objetivos establecidos, comprender las tendencias, y, en su caso, determinar nuevas iniciativas que cubran las deficiencias detectadas.</i> <i>Para poder analizar la información en su justa medida, debieran estar establecidos cuáles son los valores objetivo para cada indicador, con el fin de valorar si los resultados obtenidos están alcanzando los valores planificados inicialmente.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No están establecidos objetivos para ningún indicador del Plan de Accesibilidad Global.</i> <i>Están establecidos objetivos para algunos indicadores del Plan de Accesibilidad Global.</i> <i>Están establecidos objetivos para todos los indicadores del Plan de Accesibilidad Global.</i>				
Ejemplos	<i>Un objetivo específico del Plan es “señalización correcta y clara para la localización de las distintas áreas y servicios del CSES”.</i>				

	<i>Para poder medirlo se han establecido los indicadores:</i> • <i>Número de áreas y servicios en los que se ha mejorado la señalización.</i> • <i>Número de reclamaciones en relación a la señalización.</i> <i>Los objetivos para dichos indicadores podrían ser, respectivamente:</i> • <i>La señalización se mejorará al menos en el 50% de las áreas y servicios.</i> • <i>No existirán reclamaciones con respecto a la señalización.</i>
--	--

Descripción del estándar	<i>Se realizan acciones para conocer y prever los avances científicos y tecnológicos del sector sanitario</i>	Código:	2.1.23	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Es especialmente importante conocer los últimos avances científicos y tecnológicos dentro del sector para poder incorporar dichos avances, en la medida que proceda, a las actividades del CSES. Este conocimiento debe ser incorporado en la planificación de todas las tareas desarrolladas por el centro, en especial en todo lo referente a la cualificación de los recursos.</i> <i>Las actuaciones a desarrollar pueden ser de distinta índole, debiendo el CSES identificar cuál debe ser la información referente a las necesidades de salud de su población de referencia a obtener y, en función de ella, establecer los canales adecuados para la obtención de la información.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presenta evidencia de la realización de acciones encaminadas a conocer los avances científicos y tecnológicos aplicables.</i> <i>Existen evidencias de la realización de acciones para conocer y prever avances científicos y tecnológicos.</i> <i>Existen evidencias de la realización sistemática de acciones para conocer y prever los avances científicos y tecnológicos.</i>				
Ejemplos	<i>Por ejemplo, sesiones clínicas específicas, revisiones bibliográficas, Medline, acceso a fuentes de información sanitaria en internet, etc. El responsable de formación sería la persona encargada de registrar dicha información.</i> <i>Se deberían analizar según el momento de la Autoevaluación, las novedades existentes en la fecha de realización de la misma. Sirvan como ejemplo, para equipos de atención primaria la valoración de introducción de especialidades terapéuticas que aporten algo nuevo, según datos de evidencia científica, o en el caso hospitalario, la aparición de stents recubiertos con fármacos antiproliferativos o la cápsula endoscópica, o autoanalizadores de coagulación en pacientes tratados con dicumarínicos, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se realizan acciones para conocer y prever los mejores indicadores con los que se puedan establecer comparaciones de mejora</i>	Código:	2.1.24	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Dentro de la planificación estratégica, cada CSES debiera identificar cuáles van a ser los indicadores de su propio cuadro de gestión, que la dirección va a utilizar para poder compararse con otros centros.</i> <i>Para que esto suceda deben planificarse acciones y responsabilidades para la identificación de los mejores indicadores y de las organizaciones con las que se van a realizar las comparaciones.</i> <i>Toda vez que los indicadores suelen tener un carácter dinámico, pudiendo variar la vigencia de algunos de ellos en el tiempo, y como consecuencia de los distintos enfoques de gestión, debiera revisarse periódicamente la validez, tanto de los indicadores como de las organizaciones con las que se realizan las comparaciones.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se realizan acciones encaminadas a la identificación de los mejores indicadores y organizaciones sobre las que realizar comparaciones.</i> <i>Se realizan acciones encaminadas a la identificación de los mejores indicadores y organizaciones sobre las que realizar comparaciones.</i> <i>Se realizan acciones, de manera sistemática, encaminadas a la identificación de los mejores indicadores y organizaciones sobre las que realizar comparaciones.</i>				
Ejemplos	<i>Existencia de actas de reunión acerca de indicadores de los cuadros de mando sobre los que se establecerán comparativas.</i>				

Descripción del estándar	La identidad corporativa del CSES está adaptada a la normativa vigente de la Junta de Extremadura, si pertenecen al Sistema Sanitario Público de Extremadura	Código:	2.1.25	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Como identidad corporativa se entiende aquella basada en elementos gráficos utilizados para visualizar la identidad de la organización. En el caso de CSES de carácter privado (concertados con el SES), se valorará este aspecto de acuerdo a las disposiciones legales de la Junta de Extremadura que les sean de aplicación.				
Requisitos mínimos	En la medida que en cada caso proceda, la identidad corporativa debe estar adaptada a la normativa vigente de la Junta de Extremadura.				
Ejemplos	Esto incluye todo lo referente a Cartelería, Papelería, Identificaciones personales, etc. En el caso de CSES concertados, sirva como ejemplo la rotulación de ambulancias concertadas con el SES, que han de llevar el logotipo del mismo en lugar visible. Este estándar es de carácter eximible para los CSES privados.				

2.2. Desarrollo y Actualización de la Estrategia

Descripción del estándar	Las estructuras organizativas son adecuadas a la política y estrategia establecida	Código:	2.2.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Todos los factores que conforman el CSES deben estar adecuadamente alineados entre sí. Esto supone que la política y estrategia definida por la dirección debe ser soportada por el conjunto de estructuras organizativas; de nada serviría una estrategia que potenciara la innovación sin los recursos técnicos apropiados o la cualificación necesaria del personal. La dirección debe analizar si la estructura organizativa existente es adecuada a su política y estrategia, teniendo en cuenta los condicionantes legales establecidos (RPT, convenios colectivos, etc.). Por ello, debe analizarse la estructura organizativa más desde el punto de vista funcional que desde el punto de vista jerárquico, no limitándose a la primera línea de dirección /organizativa, sino que se debiera extrapolar a las estructuras/ funciones /Unidades que proceda. Además, habrá que exigir que dicho análisis detecte las funciones reales en cada estructura organizativa en coherencia con aquellas funciones pretendidas en la planificación.				
Requisitos mínimos	Para dar por cumplido este estándar debe poderse mostrar algún tipo de evidencia del análisis previamente descrito.				
Ejemplos	Este análisis puede ser realizado en reuniones de planificación o establecimiento de objetivos, por ejemplo, o en informes técnicos. - Existencia de comité de coordinación primaria-especializada, comisión de calidad, comisión de historias clínicas, o unidades de prestaciones en el caso de centros sanitarios con internamiento. - Ejemplos en atención primaria: existencia de responsable de formación, responsable de investigación, etc. - En el caso de un servicio sanitario también serviría como ejemplo la existencia de responsable de formación, de investigación, etc. Comisión de dirección hospitalaria para el seguimiento de determinada estrategia.				

Descripción del estándar	Se dispone de una memoria anual de actividades	Código:	2.2.2	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Toda planificación estratégica requiere una evaluación periódica de sus resultados, que nos permita corregir desviaciones y redefinir los objetivos marcados, en consecuencia con los cambios organizativos o del entorno.</i> <i>Sería conveniente que cada CSES elaborara periódicamente una memoria anual de las principales actividades desarrolladas por el mismo en cada ejercicio. El contenido de cada Memoria debe ser decidido por cada CSES, siempre que no existan directrices expuestas por las autoridades sanitarias.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: • <i>No se presenta evidencia de la existencia de la memoria de actividades en el último ejercicio.</i> • <i>Se presenta evidencia de la existencia de la memoria de actividades en el último ejercicio.</i> • <i>Se presenta evidencia de la existencia de la memoria de actividades en los últimos tres ejercicios.</i>				
Ejemplos	<i>Debiera contener al menos la siguiente información:</i> - <i>Descripción de los recursos disponibles por el CSES (tanto humanos como materiales).</i> - <i>Estructura organizativa.</i> - <i>Datos de actividad, a través de los principales indicadores de actividad:</i> • <i><u>Atención especializada</u>: estancia media global, presión de urgencias, intervenciones quirúrgicas urgentes, intervenciones quirúrgicas programadas, tratamientos en hospital de día, enfermos en diálisis, consultas totales / día hábil, partos totales, extracciones totales de órganos, etc.</i> • <i><u>Atención primaria</u>: número total de consultas por médicos de familia, número total de consultas por pediatras, frecuentación, total de usuarios atendidos por enfermería, total de atendidos en atención continuada, % de derivados a hospital, total de atendidos en salud bucodental, etc.</i> - <i>Datos de eficiencia, a través de los principales indicadores de eficiencia. Descripción y análisis cualitativo de las principales actuaciones desarrolladas.</i> - <i>Reconocimientos obtenidos (premios, publicaciones, etc.).</i>				

	• <u>Otros ejemplos:</u> - <i>Número de reclamaciones.</i> - <i>Investigación y docencia.</i> - <i>Plan de calidad.</i> - <i>Financiación.</i> - <i>Tarifas.</i> - <i>Balance económico-asistencial.</i> - <i>Descriptivo de actividad y casuística por servicios.</i>
--	---

Descripción del estándar	Está establecida una sistemática para seguimiento interno del cumplimiento del Contrato de Gestión o similar	Código:	2.2.3	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El Contrato de Gestión tiene su origen en la necesidad de relacionar y vincular la utilización y consumo de recursos (inputs o entradas), con los resultados obtenidos de los mismos (outputs o salidas). Para ello es necesario negociar la fijación de unos objetivos, establecer un método de seguimiento, valorar el grado de cumplimiento de los objetivos y premiar la consecución de dichos objetivos. Los sistemas de información permiten la utilización de esta herramienta de gestión, y son los siguientes: a) Cartera de Servicios en atención primaria: conjunto básico y homogéneo de servicios que deben ser garantizados por todos los EAP, existiendo indicadores de cobertura para cada uno de ellos, así como unos criterios mínimos de correcta actuación. b) Manual de criterios de asignación de recursos: fundamentados en las características de la población asignada y su repercusión en la utilización de servicios y unos tiempos medios por cada acto profesional, así como el establecimiento de un sistema de consumo de servicios de Atención Especializada (laboratorio, radiología e interconsultas). c) Manual de imputación de costes: imputación de presupuestos según metodología homogénea, empleando el método de contabilidad analítica en “cascada”, definiendo unos Centros de Costes (principales, auxiliares y estructurales). d) Programa de uso racional de medicamentos: formulado como un programa de mejora de la gestión de la prestación farmacéutica, que introdujo el concepto, entre otros aspectos, de los indicadores de la calidad en la prescripción. e) Tarjeta sanitaria individual: elemento fundamental, dado que para todos estos procedimientos el marco referencial es el poblacional. f) Sistema de incentivación: herramienta que permite discriminar a aquellas Gerencias que mejor cumplen sus pactos. El establecimiento de unos compromisos es importante para transmitir a la organización cuál es el punto de destino de la misma, siendo deseable que se distinguiera entre compromisos mínimos exigibles y los valores objetivo, que son los que se pretenden conseguir más allá del mínimo exigible.				

	Estos compromisos con las autoridades sanitarias, tal como ya se ha mencionado con anterioridad, queda reflejado en el Contrato de Gestión. Pero el establecimiento de los valores de referencia debe ser completado con el seguimiento adecuado de la consecución de dichos objetivos / compromisos, para poder establecer las acciones pertinentes que permitan su consecución, en el caso de desviaciones.
Requisitos mínimos	Cada centro, o Gerencia de Área en el caso del SES, debe valorar la periodicidad de la revisión, los responsables de su realización y los reportes de información necesarios. Deben poderse mostrar registros que evidencien el seguimiento de los compromisos adquiridos en el Contrato de Gestión.
Ejemplos	Evaluación de la información sobre consecución de objetivos del Contrato de Gestión: por ejemplo, consultas realizadas, intervenciones quirúrgicas realizadas, sesiones clínicas, ponencias a congresos, contestación de reclamaciones, objetivos de calidad, etc.

Descripción del estándar	Está establecida una sistemática para seguimiento interno del cumplimiento de los distintos Pactos de Gestión o similar	Código:	2.2.4	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El establecimiento de unos compromisos es importante para transmitir a la organización cuál es el punto de destino de la organización, siendo deseable que se distinguiera entre compromisos mínimos exigibles y los valores objetivo, que son los que se pretenden conseguir, más allá del mínimo exigible. Estos compromisos, tal como ya se ha mencionado con anterioridad, quedan reflejados en los distintos Pactos de Gestión. Pero el establecimiento de los valores de referencia debe ser completado con el seguimiento adecuado de la consecución de dichos objetivos / compromisos, para poder establecer las acciones pertinentes que permitan su consecución, en el caso de desviaciones.				
Requisitos mínimos	Deben poderse mostrar registros que evidencien el seguimiento de los compromisos adquiridos en los Pactos de Gestión.				
Ejemplos	Constatar que existe un seguimiento de la consecución de los objetivos establecidos en los Pactos de Gestión (por ejemplo, consultas realizadas, intervenciones quirúrgicas realizadas, sesiones clínicas, ponencias a congresos, contestación de reclamaciones, objetivos de calidad, etc.), a través de actas de reunión, reportes periódicos a la dirección, etc. Debe existir, además, una sistemática para el seguimiento del cumplimiento de los Pactos de Gestión.				

Descripción del estándar	Se establecen acciones como consecuencia del análisis de la información obtenida en el seguimiento interno del cumplimiento de los acuerdos establecidos	Código:	2.2.5	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Como corolario a la revisión y seguimiento que se debe realizar de cada compromiso, sea del carácter que sea, deben establecerse e implantarse las medidas que se estimen oportunas como consecuencia del análisis de la información obtenida. Cuando se produzcan desviaciones en la consecución de los valores preestablecidos, habrá que analizar cuáles han sido las causas que han motivado dicha desviación, para establecer acciones que corrijan dichas causas, consiguiendo así los valores adecuados. En otros casos, la reflexión puede concluir en que dicha desviación es debida a un valor inadecuado del objetivo, bien por un error en su definición o bien a la variación de las condiciones que llevaron a su establecimiento inicial.				
Requisitos mínimos	Fruto de este análisis, deben revisarse los acuerdos que procedan (bien en cuanto a las acciones a realizar o bien en cuanto a los valores límite establecidos) para asegurar la consecución de los objetivos / compromisos adecuados.				
Ejemplos	Los registros del seguimiento de los acuerdos deben mostrar qué actuaciones se han desarrollado como consecuencia del seguimiento efectuado, en especial cuando los valores de referencia previstos no se hayan alcanzado.				

Descripción del estándar	<i>Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información obtenida de los indicadores establecidos en el Plan de Accesibilidad Global</i>	Código:	2.2.6	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una vez realizadas las acciones propuestas en el Plan de Accesibilidad, se deberá analizar la información obtenida y ajustar las acciones futuras que contiene, así como promover cuantas iniciativas se crean convenientes en aras a la consecución de los objetivos establecidos.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No se presentan evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia del análisis de la información obtenida.</i> <i>• Se presentan evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia del análisis de la información obtenida.</i> <i>• Se presentan evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia del análisis de la información obtenida, de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Pruebas documentales: Informes técnicos o reportes a la dirección. Actas de reunión en las que se trate del establecimiento de acciones de mejora como por ejemplo:</i> <i>Se han recibido reclamaciones debido a que el suelo de la sala de espera resbala – acción: colocación de suelos antideslizantes.</i> <i>Se han recibido reclamaciones respecto a la señalización en la Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia, y como consecuencia se coloca un Panel luminoso de señalización en la misma.</i>				

Descripción del estándar	<i>La información sobre las características socio demográficas y las necesidades de salud de la población de su área de influencia y las oportunidades actuales y futuras, es incorporada en los procesos de revisión internos</i>	Código:	2.2.7	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una vez asumida la importancia del conocimiento de las características socio demográficas, tal y como se describe en el estándar 2.1.2, y de las necesidades de salud de la población del área de influencia de un centro, debe resaltarse la poca utilidad de dicha información si no es debidamente analizada.</i> <i>La información debe ser analizada en los foros adecuados de manera que, como consecuencia del análisis de dicha información, se puedan establecer acciones de mejora de la gestión y de las actividades del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>A cada CSES le corresponde establecer la sistemática de revisión de dicha información y el establecimiento y seguimiento de las consiguientes acciones para su aprovechamiento efectivo.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias del análisis de las características socio demográficas ni de las necesidades de salud de la población del área de influencia.</i> <i>Se presentan evidencias del análisis de las características socio demográficas y de las necesidades de salud de la población del área de influencia, así como del establecimiento de acciones derivadas de dicho análisis.</i> <i>Se presentan evidencias del análisis sistemático y continuado de las características socio demográficas y de las necesidades de salud de la población del área de influencia, así como del establecimiento de acciones derivadas de dicho análisis.</i>				

Ejemplos	<i>Teniendo en cuenta la edad media de la población, se ajustan los cupos por médico de AP, y se tienen en cuenta también a la hora de analizar el tiempo de espera de los pacientes para entrar a la consulta.</i>
-----------------	---

Descripción del estándar	<i>La información sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los usuarios y profesionales es incorporada en los procesos de revisión internos</i>	Código:	2.2.8	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una vez asumida la importancia del conocimiento de la información sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los usuarios y profesionales, como se describía en los estándares 2.1.4, 2.1.5 y 2.1.6 respectivamente, debe resaltarse la poca utilidad de dicha información si no es debidamente analizada.</i> <i>La información debe ser analizada en los foros adecuados, de manera que como consecuencia de dicho análisis se puedan establecer acciones de mejora de la gestión y de las actividades del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>A cada CSES le corresponde establecer la sistemática de revisión de dicha información y el establecimiento y seguimiento de acciones para su aprovechamiento efectivo.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias del análisis de la información sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los usuarios y profesionales.</i> <i>Se presentan evidencias del análisis de la información sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los usuarios y profesionales y del establecimiento de acciones derivadas de dicho análisis.</i> <i>Se presentan evidencias del análisis sistemático y continuado de la información sobre las expectativas, opiniones y sugerencias de los usuarios y profesionales y del establecimiento de acciones derivadas de dicho análisis.</i>				
Ejemplos	<i>Por ejemplo el alto índice de protestas de los profesionales sobre la gestión de un determinado proceso asistencial hace que este sea revisado.</i>				

Descripción del estándar	<i>La información sobre los avances científicos y tecnológicos del sector sanitario es incorporada en los procesos de revisión internos</i>	Código:	2.2.9	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una vez asumida la importancia del conocimiento de la información sobre los avances científicos y tecnológicos del sector sanitario, como se describe en el estándar 2.1.23, debe resaltarse la poca utilidad de dicha información si no se toman acciones en consecuencia.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Los informes de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias deben ser tenidos en cuenta por los responsables correspondientes en cada CSES.</i> <i>A cada CSES le corresponde establecer la sistemática de revisión de dicha información y el establecimiento y seguimiento de acciones para su aprovechamiento efectivo.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se presentan evidencias de la incorporación de la información sobre los avances científicos y tecnológicos del sector sanitario en los procesos de revisión internos.</i> <i>Se presentan evidencias de la incorporación de la información sobre los avances científicos y tecnológicos del sector sanitario en los procesos de revisión internos.</i> <i>Se presentan evidencias de la incorporación sistemática de la información sobre los avances científicos y tecnológicos del sector sanitario en los procesos de revisión internos.</i>				
Ejemplos	<i>Para dar por cumplido este estándar, se valorará especialmente si el CSES ha tenido en cuenta esta cuestión a la hora de tomar decisiones internas, basándose en revisiones actualizadas acerca de los avances científicos y tecnológicos en el sector sanitario.</i> <i>En función del momento de la autoevaluación, se podría ver qué novedad tecnológica o avance científico se está produciendo y reflejando en las publicaciones científicas del sector, comprobando que el CSES ha analizado dicha información y la ha incorporado a sus procesos de revisión internos.</i>				

Descripción del estándar	<i>Están establecidas acciones para garantizar el acceso de los grupos de interés en el proceso de planificación estratégica</i>	Código:	2.2.10	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Aunque la responsabilidad última es del CSES, el establecimiento de una Planificación estratégica no debiera ser un ejercicio realizado unilateralmente por la organización, sino que debiera dar cabida a las partes interesadas en su definición, identificados como grupos de interés (estándar 1.1.5). Esto no quiere decir que el establecimiento de la planificación deba ser consensuada por todas las partes, sino que los distintos grupos de interés identificados en el CSES, debieran tener la oportunidad de transmitir sus necesidades y opiniones al respecto.</i> <i>La dirección, con la información obtenida, debe tomar la decisión que le compete en cuanto al establecimiento de dicha planificación. Para que esto suceda, deben estar articulados los medios para que cada uno de los grupos haga su aportación.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En cualquier caso, debieran poderse mostrar evidencias de la aportación de los grupos de interés en el establecimiento de la planificación y sus posteriores revisiones, dado que de poco serviría su aportación inicial si en posteriores revisiones ésta es despreciada.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se presentan evidencias de la aportación de los grupos de interés en el establecimiento de la planificación estratégica.</i> <i>Se presentan evidencias de la aportación de los grupos de interés en el establecimiento de la planificación estratégica.</i> <i>Se presentan evidencias de la aportación sistemática y continuada de los grupos de interés en el establecimiento de la planificación estratégica.</i>				
Ejemplos	<i>Comprobar qué ha hecho el CSES con las sugerencias realizadas por los grupos de interés y si éstas no se han producido, qué actuaciones proactivas ha realizado el CSES para conocer la opinión de los grupos de interés.</i> <i>Esto puede realizarse de distintas maneras, bien a través de reuniones con los colectivos representativos, utilizando encuestas, estudios de opinión, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se han establecido acuerdos de colaboración con sindicatos y/o representantes de usuarios</i>	Código:	2.2.11	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Un corolario de lo especificado en el anterior estándar, es la identificación de los representantes adecuados de trabajadores y usuarios, con los que se deberían construir lazos directos de colaboración, en mayor o menor medida formales, siempre dependiendo de la naturaleza del CSES, y aprovechando en la medida que sea viable, el establecimiento de acuerdos de manera agregada. Debieran existir reuniones periódicas de seguimiento de los acuerdos con los sindicatos.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias del establecimiento de acuerdos con sindicatos y/o representantes de usuarios.</i> <i>Se presentan evidencias del establecimiento de acuerdos con sindicatos y/o representantes de usuarios.</i> <i>Se presentan evidencias del establecimiento sistemático y continuado de acuerdos con sindicatos y/o representantes de usuarios, y de su seguimiento mediante reuniones periódicas.</i>				
Ejemplos	<i>Existencia de actas de acuerdos sindicales, y de reuniones periódicas de seguimiento.</i> <i>Existencia de actas de acuerdos con representantes de usuarios.</i>				

Descripción del estándar	<i>La información de los mejores indicadores para realizar comparaciones es incorporada en los procesos de revisión internos</i>	Código:	2.2.12	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una vez asumida la importancia de la realización de comparaciones en aquellos aspectos en que sea posible con otras organizaciones, tal y como se define en el estándar 2.1.24, debe resaltarse la poca utilidad de dicha información si no se incorpora en los procesos de revisión internos.</i> <i>La información debe ser analizada en los foros adecuados, de manera que como consecuencia de dicho análisis se puedan establecer acciones de mejora de la gestión y de las actividades del CSES.</i> <i>A cada CSES le corresponde establecer la sistemática de revisión de dicha información y el establecimiento y seguimiento de acciones para su aprovechamiento efectivo.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias de la incorporación de la información derivada de la comparación con otras organizaciones.</i> <i>Se presentan evidencias de la incorporación de la información derivada de la comparación con otras organizaciones.</i> <i>Se presentan evidencias de la incorporación de la información derivada de la comparación con otras organizaciones y del establecimiento de acciones como consecuencia de dicho análisis.</i>				
Ejemplos	<i>Informes, actas de reunión, etc., donde se demuestre que además de haberse analizado los indicadores de comparación (como indica el estándar 2.1.24), se establecen acciones como consecuencia de dicho análisis.</i>				

Categoría 3: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Definición

Cómo aprovecha la organización todo el potencial humano.

Propósito

Un aspecto fundamental en la consecución de los objetivos previstos, es la gestión de los recursos humanos con los que cuenta el CSES. En esta categoría se especifican los conceptos que deben formar parte de esta gestión de recursos humanos para conseguir que las personas se involucren en la gestión del CSES y la prestación de los servicios, siempre de manera coherente y consecuente con la estrategia definida.

En primer lugar se aborda la Planificación y Gestión de los RRHH como eje fundamental del modelo, para luego incidir en los aspectos de comunicación interna y reconocimiento de las personas. Deben existir como factores de implicación / involucración de las personas con la estrategia de los CSES. Finalmente se ha incluido una subcategoría que analiza los aspectos de la seguridad organizativa en lo referente a las personas que la constituyen.

Como Recursos Humanos de una organización se entiende, a todos los trabajadores que ofrecen, directa o indirectamente, un servicio a los clientes (tanto de la propia empresa como de otras subcontratas). La organización debe conseguir que todos ellos puedan alcanzar su pleno potencial en la realización de las tareas, que quieran actuar, sepan como hacerlo y tengan autorización para ello (concepto de empowerment).

3.1 Planificación y Gestión de Recursos Humanos

Descripción del estándar	Existe una planificación del número de personas necesarias para el desarrollo de los niveles de servicio establecidos, con la periodicidad necesaria de acuerdo a los niveles de servicio comprometidos	Código:	3.1.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	En la actualidad, las personas son en sí mismas los elementos de la organización que más crean, las que más valor añadido pueden aportar y, las que facilitan, entorpecen o impiden el logro y la concreción de una estrategia. Por tanto, la manera de gestionar el capital humano es fundamental en cualquier organización. La planificación de los Recursos Humanos debe partir de la identificación previa de las necesidades de la organización, a corto y medio plazo, tanto cuantitativa (número) como cualitativa (nivel de cualificación de sus profesionales, las necesidades del CSES, la tecnología empleada, etc.), de manera que el número de personas que estén trabajando en el CSES se ajuste en todo momento y lo máximo posible a las necesidades de la organización. La dirección debe contribuir a esta planificación de RRHH, mediante el análisis y comparación entre necesidades proyectadas y datos reales del número y cualificación del personal de cada Unidad. A estos efectos se tendrán en cuenta especialmente los requisitos legales necesarios para el desempeño de la actividad y el conocimiento y experiencia idóneos para la responsabilidad asignada.				
Requisitos mínimos	Existencia de un plan de Recursos Humanos elaborado por la dirección, revisado y actualizado periódicamente.				

Ejemplos	Los sistemas de planificación de recursos humanos pueden incluir: - Análisis de las necesidades de personal (objetivar documento sobre dicho análisis). - Plantillas de personal facultativo, personal sanitario no facultativo, personal no sanitario. - Relaciones de puestos de trabajo (RPT). - Asignación de puestos de trabajo. - Optimización de sistemas de información de recursos humanos. - Análisis del ratio de profesionales por habitantes para médicos, pediatras, enfermeros, etc. - Análisis de cargas de trabajo (objetivar documentos al respecto), ejemplo de lo cual lo constituye la “Parrilla de Montesinos”, utilizada para calcular el personal de enfermería necesario, según las cargas de trabajo en una determinada organización, o el análisis específico de cargas de trabajo por estacionalidad, programas especiales, etc. - En equipos de atención primaria: análisis de la estructura demográfica, cupos ponderados (menores de 3 años, mayores de 65 años, pensionistas..), dispersión geográfica, etc.
-----------------	--

Descripción del estándar	<i>Están identificadas las responsabilidades y competencias profesionales</i>	Código:	3.1.2	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>En la definición de un puesto de trabajo, además de la misión (satisfacción de la causa que hace que sea necesario el puesto de trabajo), de las relaciones jerárquicas, de la autonomía para tomar decisiones, de las tareas correspondientes y del perfil del ocupante del puesto de trabajo, es recomendable definir cuáles son las principales responsabilidades propias del mismo, es decir, cuáles son los resultados que se le exigirán. Las responsabilidades son el desglose de la misión en objetivos más específicos.</i> <i>Para que los trabajadores alcancen su pleno potencial en la realización de sus tareas, la organización debe procurar que todos ellos quieran actuar, sepan cómo hacerlo y se sientan autorizados (lo que se conoce con el término anglosajón “empowerment”).</i> <i>Como competencias profesionales se definen los conocimientos, habilidades y actitudes de los trabajadores para el adecuado desarrollo profesional.</i> <i>Los trabajadores del CSES deben contar con una adecuada organización, en línea con sus funciones, categorías y competencias profesionales, que les faculte para la ordenación de sus actividades y responsabilidades y para su participación en los órganos consultivos y de gobierno del CSES.</i> <i>En función de la planificación de los RRHH realizada debiera alcanzarse una descripción suficiente de cada puesto, de manera que tanto las responsabilidades asignadas como las competencias profesionales necesarias resulten ponderables y consten documentalmente.</i>				

Requisitos mínimos	<i>Debe poderse mostrar su descripción formal debidamente validada por la dirección.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Están identificadas las responsabilidades, pero no existen evidencias de la identificación de las competencias profesionales.</i> <i>• Están identificadas las responsabilidades y existen evidencias de la identificación de las competencias profesionales.</i> <i>• Las responsabilidades y competencias profesionales están identificadas, documentadas, son ponderables y son revisadas periódicamente.</i>
Ejemplos	<i>Como ejemplos de identificación de responsabilidades, deben evidenciarse documentos en los que se describen los profesionales que deberían hacerse cargo de realización de diferentes funciones, como ver pacientes desplazados en un centro de salud, resolver interconsultas en el nivel hospitalario, realizar las extracciones de sangre a domicilio, etc.</i> <i>Como ejemplos de identificación de competencias profesionales, se puede citar los requisitos exigibles para la realización de determinadas funciones, como el título de licenciado en Medicina y Cirugía, o de Diplomado en Enfermería, la experiencia profesional (certificado de tiempo trabajado), etc.</i> <i>Esta identificación puede constituir un documento independiente o bien formar parte de un análisis macro que puede estar formalizado de diversas maneras (informe técnico, descripción de puestos, Manual de funcionamiento, etc.).</i>

Descripción del estándar	<i>Están asignadas las responsabilidades y competencias profesionales identificadas</i>	Código:	3.1.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La organización debe transferir autonomía a los profesionales, capacitándoles y facultándoles para que la ejerzan adecuadamente, potenciando su implicación y la asunción de responsabilidades en el desempeño de las tareas, la toma de decisiones y la obtención de resultados.</i> <i>Las responsabilidades y competencias identificadas, deben estar asignadas clara y unívocamente a los responsables adecuados. Fruto de esta asignación debe quedar constancia escrita, sea de la naturaleza que sea.</i>				
Requisitos mínimos	<i>El equipo evaluador debe valorar en qué medida estos conceptos están siendo desarrollados para dar por válido el estándar. El equipo debe valorar las competencias establecidas y las responsabilidades asignadas.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de la asignación de las responsabilidades y competencias profesionales identificadas..</i> <i>• Con evidencias de la asignación de la mayoría de responsabilidades y competencias profesionales identificadas.</i> <i>• Con evidencias de la asignación sistemática de las responsabilidades y competencias profesionales identificadas.</i>				
Ejemplos	<i>Como ejemplos para constatar este estándar deben evidenciarse documentos en los que se asignan las responsabilidades de realización de diferentes funciones, como ver pacientes desplazados en un centro de salud, resolver interconsultas en el nivel hospitalario, realizar las extracciones de sangre a domicilio, etc.</i>				

Descripción del estándar	Está establecido un sistema para llevar a cabo la selección del personal de acuerdo a la normativa vigente	Código:	3.1.4	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La organización deberá gestionar sus recursos humanos, desarrollando de forma apropiada las funciones de selección de candidatos, según los requerimientos de cualificación exigidos a cada puesto de trabajo. Para este proceso, el CSES debe velar por el cumplimiento de la normativa vigente y aplicando los criterios de transparencia y equidad como principios básicos, garantizando siempre la imparcialidad y la legalidad del proceso.				
Requisitos mínimos	Deben poderse mostrar evidencias del establecimiento del sistema (procedimiento, circulares, etc.), así como de los registros que evidencien su adecuado funcionamiento, de acuerdo a las directrices establecidas.				
Ejemplos	Procedimientos, circulares, acuerdos sindicales con establecimiento de criterios, etc.				

Descripción del estándar	Se garantiza la disponibilidad de los recursos humanos necesarios de presencia física durante las horas y horario correspondiente	Código:	3.1.5	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Dentro de la planificación de los Recursos Humanos debe realizarse el ejercicio de identificar cuáles son los RRHH necesarios de presencia física para dar el servicio adecuado a los clientes durante las horas y horario establecido. Este estándar establece la necesidad de elementos de particularización o especificación en cada caso.				
Requisitos mínimos	Esta planificación debe estar formalmente establecida y debidamente validada por los responsables implicados.				
Ejemplos	Existen documentos que indican cómo se garantiza el funcionamiento durante las horas y horario correspondiente en el CSES, como por ejemplo, mediante “busca personas”, establecimiento de turnos rotativos en caso de incapacidad laboral transitoria o cualquier otro tipo de ausencias, calendarios de guardias fijados con suficiente antelación y recogiendo las circunstancias de posibles faltas, etc.				

Descripción del estándar	Está establecida una sistemática documentada y validada que incluye los criterios para la promoción, traslados y movilidad del personal	Código:	3.1.6	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El CSES debe establecer una sistemática que describa cuál es la política del mismo en materia de promoción, traslados y movilidad del personal. Cualquier política en la materia, debe ser coherente con la normativa legal vigente respecto a traslados de personal, así como con la normativa referente a la promoción interna del personal y tener en cuenta los perfiles de las personas que componen la plantilla del centro, así como la realidad social de la comunidad en la que opera. Asimismo debe articularse con los sistemas establecidos al respecto en la organización.				
Requisitos mínimos	Debe existir un documento escrito y debidamente validado por la dirección que describa cuál es la política del CSES en materia de promoción, traslados y movilidad del personal y cuáles son los criterios que se seguirán en dichas actuaciones.				
Ejemplos	Documento que refleje los criterios para la promoción, traslados y movilidad del personal. Acuerdos sindicales.				

Descripción del estándar	Se dispone de medios humanos y técnicos suficientes (propios o subcontratados) para realizar el mantenimiento de acuerdo a la programación preventiva establecida	Código:	3.1.7	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Dentro de la planificación de los Recursos Humanos debe realizarse el ejercicio de identificar cuáles son los recursos humanos y técnicos necesarios para la realización de las tareas de mantenimiento (tanto correctivo como preventivo) previstas.				
Requisitos mínimos	Esta planificación debe estar formalmente establecida y debidamente validada por los responsables implicados. Debe estar documentado todo ello mediante contrato o similar.				
Ejemplos	• Constatación de la existencia de plantilla de equipo de mantenimiento multidisciplinar. • Contrato con empresa de mantenimiento. • Documentos de análisis de necesidades de mantenimiento, y del establecimiento de medios humanos y técnicos suficientes y necesarios para la realización de dicho mantenimiento. • Se podría verificar el estándar realizando entrevistas con los responsables de recursos humanos.				

Descripción del estándar	<i>Existe y se aplica un plan documentado de acogida del personal</i>	Código:	3.1.8	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>A pesar de que todos los trabajadores acaban adaptándose al medio laboral en que están inmersos, la organización no puede perder la oportunidad de ofrecer al recién incorporado un recibimiento cálido a su llegada al CSES, ya que es el primer paso para hacerle sentir parte de nuestro equipo. Deberemos ser conscientes de las diferencias de caracteres y de la importancia de la convivencia para alcanzar objetivos comunes y generar el bien colectivo.</i> <i>En definitiva, podemos definir el Plan de acogida, como aquella estrategia que debe impulsar la organización para adaptar e integrar al nuevo trabajador en el hábitat laboral. Acomodar y facilitar todo aquello que pueda ser necesario y útil, tanto en el ámbito personal como en el profesional, para hacer llevadera su estancia en la organización desde el primer día. Por lo tanto deberá estar dirigido a todo el personal de nueva incorporación o que modifican su puesto de trabajo Las personas tienen que recibir información y formación sobre aspectos generales (normas generales de funcionamiento), y sobre aspectos organizacionales y funcionales específicos del área o puesto de trabajo.</i> <i>Este plan de acogida debería estar dentro del plan de Recursos Humanos y ser coherente con el plan de comunicación interna.</i>				
Requisitos mínimos	<i>El CSES debe tener establecido un plan de acogida e integración del personal que se incorpore, facilitándoles una orientación que aporte la formación e información inicial respecto al trabajo</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias de la existencia de un Plan de acogida documentado.</i> <i>Con evidencias de la existencia de un Plan de acogida documentado.</i> <i>Con evidencias de la existencia y aplicación de un Plan de acogida, así como de su evaluación periódica.</i>				
Ejemplos	<i>Documento del plan de acogida.</i>				

Descripción del estándar	Existen planes de formación continuada del personal	Código:	3.1.9	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Los profesionales deben mantener a lo largo del tiempo un desempeño adecuado de competencias evitando obsolescencias. Éste es el motivo por el que la organización debe ocuparse de que sus profesionales estén en continua formación y aprendizaje, asegurando una formación efectiva y adecuada para su ejercicio profesional actual y, en su caso, para una posible empleabilidad futura. Este aprendizaje debe ser fruto de un plan que asegure que los cursos tienen un nivel de calidad aceptable y son los adecuados a cada perfil.				
Requisitos mínimos	Debe poderse mostrar el Plan general de formación continuada del personal, debidamente validado por los responsables adecuados. Se requiere la existencia de un ejercicio documentado de análisis de las necesidades formativas de cada CSES (establecido en el estándar 5.2.1), contando con la participación e implicación de los profesionales, para posteriormente tomar parte en aquellas actividades formativas ofertadas en el Plan general de Formación (Colegios Profesionales, Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud, etc.).				
Ejemplos	Por ejemplo, calendario de sesiones clínicas, de cursos, congresos, etc., con la realización previa de encuestas o entrevistas entre los profesionales acerca de sus necesidades formativas. Como planes de formación continuada del personal, también se pueden citar, aquellos organizados por la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud, Gerencias de Área de Salud, Organizaciones Sindicales, Colegios Profesionales, etc.).				

Descripción del estándar	<i>Se revisa la eficacia de las acciones formativas contenida en los planes de formación</i>	Código:	3.1.10	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La eficacia de un plan de formación no radica sólo en la ejecución de las acciones formativas previstas, sino que debe poderse complementar con el análisis de la eficacia de dichas acciones. Eso conlleva analizar si los objetivos previstos de la acción formativa se han cubierto como estaba previsto.</i> <i>Este hecho puede implicar que la revisión de la eficacia de las acciones tenga que realizarse con posterioridad para poder valorar si, tras la ejecución de la acción y puesta en práctica de los conocimientos adquiridos –en su caso-, se han cumplido los objetivos definidos del mismo.</i> <i>Esta revisión de la eficacia puede realizarse para cada acción formativa, para el Plan –en su totalidad o según alguna agrupación temática- o para un período de tiempo determinado. Igualmente, en función de la opción seleccionada pueden mostrarse distintas evidencias (de los directores, de los formadores, etc.), si bien sería deseable que dicha valoración fuera realizada por personal con conocimiento suficiente para evaluar si los objetivos han sido cubiertos o no.</i>				
Requisitos mínimos	<i>La evaluación continua garantiza la posibilidad de que la formación se realice cuando es realmente necesaria y que el profesional sea capaz de asumir responsabilidades nuevas o modificadas. Existe como mínimo una evaluación documentada periódicamente para cada miembro del personal. Cada individuo de la organización tiene un expediente con la información de sus calificaciones, resultados de las evaluaciones e historia laboral. Estos expedientes están estandarizados y se mantienen actualizados.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias de la evaluación de la eficacia de las acciones formativas.</i> <i>Con evidencias de la evaluación de la eficacia de las acciones formativas.</i> <i>Con evidencias de la evaluación de la eficacia de las acciones formativas y de la adopción de acciones derivadas de dicha evaluación.</i>				
Ejemplos	<i>Encuestas y entrevistas a Jefes de servicios.</i>				

Descripción del estándar	<i>La formación planificada incluye materias en aspectos de Calidad Relacional</i>	Código:	3.1.11	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Dentro de la formación planificada recogida en el estándar 3.1.9, es importante la existencia de contenidos acerca de Calidad Relacional.</i> <i>El paciente, y el cliente en general, tiene derecho a ser tratado por profesionales atentos y eficientes, además del derecho a recibir una asistencia sanitaria acorde al estado actual de las ciencias y tecnologías de la salud.</i> <i>La organización, en consecuencia, debe desarrollar y mantener acciones formativas al objeto de propiciar una prestación profesional actualizada y de calidad, dado que el capital intelectual de la organización es su mayor activo. Dichas acciones formativas deben incorporar materias en aspectos de Calidad Relacional, facilitando la comunicación e interacción con los usuarios.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de la inclusión de materias en aspectos de Calidad Relacional en el plan de formación.</i> <i>• Con evidencias de la inclusión de materias en aspectos de Calidad Relacional en el plan de formación.</i> <i>• Con evidencias de la inclusión de materias en aspectos de Calidad Relacional en el plan de formación de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos de estas actuaciones pueden ser materias tales como atención al cliente / paciente, resolución de conflictos, comunicación personal, gestión de problemas, satisfacción de pacientes, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>La formación planificada incluye materias en aspectos de Imagen Corporativa</i>	Código:	3.1.12	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Dentro de la formación planificada recogida en el estándar 3.1.9, es importante introducir contenidos acerca de aspectos de Imagen Corporativa, para que todos los trabajadores del CSES perciban a éste como una unidad y sepan valorar y utilizar adecuadamente todos sus aspectos identificativos.</i> <i>La organización, en consecuencia, debe desarrollar y mantener acciones formativas al objeto de propiciar una prestación profesional actualizada y de calidad, en consonancia con la imagen corporativa del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de la inclusión de materias en Imagen Corporativa en el plan de formación.</i> <i>• Con evidencias de la inclusión de materias en Imagen Corporativa en el plan de formación.</i> <i>• Con evidencias de la inclusión de materias en Imagen Corporativa en el plan de formación de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Aspectos identificativos: desde la propia imagen corporativa utilizada en diseños gráficos en el caso del SSPE (logotipo de la Consejería de Sanidad y Dependencia y del SES en pósters enviados a congresos, por ejemplo), hasta los principios básicos que identifican dicha imagen (limpieza, orden, estructura, etc.).</i>				

Descripción del estándar	Los usuarios de los equipos médicos reciben la formación necesaria para el correcto uso y conservación, si procede, de dichos equipos	Código:	3.1.13	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La formación del personal adquiere máxima importancia cuando se introducen nuevas tareas que suponen nuevos procedimientos, técnicas, tecnología o equipos. Así, las actividades en formación continuada deben proporcionar los necesarios ajustes entre el perfil profesional requerido por el puesto de trabajo y el perfil profesional real de que dispone el trabajador.				
Requisitos mínimos	Deben poderse mostrar evidencias de la planificación y ejecución de acciones de este tipo, sin necesidad de que se trate de cursos específicos ya que una fuente muy importante de aprendizaje es la validación de los períodos de aprendizaje in situ con dichos equipos bajo la tutela de un experto.				
Ejemplos	Certificados de cursos, acta de formación recibida, actas de reuniones para explicar el correcto uso y conservación de equipos; planificación de dichas actuaciones. Los contenidos de los cursos se pueden basar en temas de aplicaciones informáticas, por ejemplo, o en casos concretos de utilización de equipos médicos a nivel hospitalario, como por ejemplo, los utilizados en hemodinámica, litotricia, Resonancia Magnética Nuclear, TAC, aparatos de laboratorio, autoanalizadores, aparatos de anestesia, etc. En atención primaria se puede mencionar la formación, además de ciertas aplicaciones informáticas, en el manejo de espirómetros, ecógrafos, aparato de eco-doppler, electrocardiógrafo, desfibriladores, autoclave, o bisturí eléctrico, por ejemplo.				

Descripción del estándar	Se dispone de medios humanos y técnicos suficientes para actuar ante una catástrofe interna y/o externa	Código:	3.1.14	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La organización deberá prever y planificar la actividad asistencial en situaciones anómalas de catástrofe interna o externa, definiendo los recursos a utilizar y su prioridad de empleo. La organización garantizará la protección contra emergencias mediante las correspondientes actividades de planificación, preparación y adiestramiento.				
Requisitos mínimos	Esta planificación debe estar formalmente establecida y debidamente validada por los responsables implicados y debe ser consecuencia de una planificación más amplia relativa a la actuación ante catástrofes, materializada en planes de emergencias tanto internas como externas. Realización de simulacros periódicos reproduciendo las características de las potenciales situaciones catastróficas. El Plan de gestión de la seguridad vital ante incendios contemplará la protección de los pacientes, el personal, las visitas y la propiedad contra el fuego, el humo y los productos de la combustión, la vigilancia y cumplimiento de los requisitos estructurales para la prevención de incendios, la inspección y mantenimiento de los sistemas de alarma y de los sistemas automáticos y manuales de extinción, la vigilancia de las características ignífugas de mobiliario y ropa, la investigación de las deficiencias detectadas, equipo de evacuación o traslado de pacientes, y procedimientos de sectorización del edificio para contener el humo y fuego. En dicho Plan se requiere que además existan evidencias de asignación de tareas a personas concretas.				
Ejemplos	Existencia de un Plan de emergencias ante catástrofes en hospitales, centros de salud, servicios sanitarios, como por ejemplo, frente a incendios, terremotos, actos terroristas, riadas, etc.				

Descripción del estándar	La sistemática de Gestión de Recursos Humanos es revisada y actualizada periódicamente	Código:	3.1.15	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La organización establecerá y aplicará procedimientos dirigidos a evaluar y mejorar la calidad de su gestión de personal. Esta evaluación se efectuará mediante la adecuada monitorización de los procesos de gestión de recursos humanos y a través de la medida de la satisfacción (como se verá más adelante en el estándar 8.1.6) y el rendimiento del personal. Los resultados de la evaluación servirán de guía para la toma de decisiones y la introducción de mejoras.				
Requisitos mínimos	Para evidenciar este estándar deben mostrarse registros que pongan de manifiesto el análisis periódico y el establecimiento, si procediera, de acciones derivadas. Como consecuencia de este análisis debe actualizarse la sistemática de Gestión de Recursos Humanos.				
Ejemplos	Actas de reunión, informes técnicos o estudios en los que se demuestra la revisión y actualización de la sistemática de gestión de recursos humanos.				

Descripción del estándar	<i>Se realiza una Certificación de las competencias profesionales</i>	Código:	3.1.16	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Los Certificados de Profesionalidad tienen por finalidad acreditar las competencias profesionales adquiridas mediante acciones de formación profesional ocupacional. El Certificado de Profesionalidad correspondiente a cada ocupación se regula por Real Decreto, con validez en todo el territorio nacional y carácter oficial, definiendo las competencias profesionales características de cada ocupación y los contenidos mínimos asociados a las mismas. Para la obtención del certificado es preciso superar las pruebas realizadas por la Comisión de Evaluación integrada por expertos.</i> <i>Esta comisión someterá a los candidatos a las pruebas teórico - prácticas necesarias para comprobar los dominios de las competencias mínimas exigibles para expedir el certificado correspondiente a cada ocupación.</i>				
Requisitos mínimos	<i>La regulación de estas pruebas está pendiente de normativa por la Administración Estatal. Ante este escenario y en esta versión del manual de Autoevaluación se considerará a estos efectos la acreditación de la formación continuada que se adaptará a las áreas competenciales de los diferentes programas formativos del puesto de trabajo que desempeña.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de la certificación de las competencias profesionales.</i> <i>• Con evidencias de la certificación de algunas competencias profesionales.</i> <i>• Con evidencias de la certificación de todas las competencias profesionales.</i>				
Ejemplos	<i>- Currículum formativo en la etapa de formación continuada y las áreas de competencias en las que se ha formado de acuerdo con el Plan de Formación de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura.</i> <i>- Realización de forma voluntaria o de forma obligatoria por algún proceso de homologación de una Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se realiza periódicamente la re-Certificación de las competencias profesionales</i>	Código:	3.1.17	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Periódicamente debe realizarse el proceso de re-certificación de las competencias profesionales, asegurándose que se mantienen activos sus principios inspiradores. Esta re-certificación debe realizarse de acuerdo al marco legal establecido.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Pendientes de la regulación normativa básica estatal en esta fase, el profesional habrá acreditado a través de títulos oficiales la formación en aspectos de su competencia y que están sujetos a reciclajes de profesionales.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias de la certificación periódica de las competencias profesionales.</i> <i>Con evidencias de la certificación periódica de algunas competencias profesionales.</i> <i>Con evidencias de la certificación periódica de todas las competencias profesionales.</i>				
Ejemplos	<i>Certificados de formación continuada relacionados con su ámbito de trabajo y reciclaje a través de cursos en estos aspectos en las áreas de competencias definidas por el Plan de Formación de Ciencias de la Salud de Extremadura.</i>				

3.2. Comunicación Interna

Descripción del estándar	<i>Existe un Plan de Comunicación Interna que identifica las necesidades de comunicación del personal, tanto ascendente, como descendente y lateral</i>	Código:	3.2.1	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Es importante que existan los canales adecuados de comunicación dentro del CSES, de manera que se asegure que la información y el conocimiento pertinente fluya de manera adecuada. Esta comunicación tiene, a priori, tres vías: descendente (desde la dirección a los trabajadores del CSES), ascendente (desde los trabajadores hacia la dirección del CSES) y lateral (entre directivos, o entre trabajadores).</i> <i>Se debe asegurar que las directrices marcadas desde la dirección llegan a los destinatarios adecuados y éstos las comprenden (descendente). A su vez, todas las personas del CSES deben disponer de un medio de comunicación que les permita expresar su opinión y sus ideas a sus respectivos directores y éstas llegan finalmente al destinatario adecuado (ascendente). Igualmente, entre los propios trabajadores / departamentos deberían articularse herramientas que garanticen la fluidez de la información / conocimiento entre ellos.</i>				

Requisitos mínimos	<i>Deben poderse mostrar evidencias del flujo de información relevante asociada a actividad asistencial y no asistencial.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No existe un plan de comunicación interna.</i> <i>• Existe un plan de comunicación interna.</i> <i>• Existe un plan de comunicación interna implantado y difundido, revisándose periódicamente.</i>
Ejemplos	<i>Este estándar se puede constatar a través del documento relativo al Plan de comunicación establecido por la dirección del CSES, donde se contemple qué información concreta es trasladada a los profesionales, así como su contenido, plazos, responsable de remisión de la información, etc, como por ejemplo:</i> <i>• Sobre productividad, ayudas, planes formativos, normativa que les afecte en su desempeño profesional, nóminas, certificados I.R.P.F., contenidos de la cobertura asegurada en el desempeño profesional, normas sobre permisos y vacaciones, etc.</i> <i>• El plan de comunicación, tendrá que establecer igualmente las vías para la comunicación ascendente (buzones de sugerencias, quejas, programas de puertas abiertas, encuestas de satisfacción del personal, etc.)</i> <i>• Y para la comunicación lateral (sesiones clínicas, charlas, revista interna, posters, correo electrónico, Intranet) facilitando así la comunicación entre el personal.</i>

Descripción del estándar	Se tiene establecido un sistema de información a trabajadores y usuarios donde estén reflejadas las actuaciones a seguir en caso de catástrofes internas o externas	Código:	3.2.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Estas actuaciones deben estar fácilmente accesibles para los usuarios y trabajadores del CSES e incluir las indicaciones de evacuación, señalización de emergencias, etc.				
Requisitos mínimos	Esta información debe estar siempre actualizada para garantizar un entorno seguro. En congruencia con el estándar 3.1.14, debe existir un plan de emergencias ante catástrofes, tanto internas como externas, que a su vez incluya el sistema de información a trabajadores y usuarios, donde estén reflejadas las actuaciones a seguir en cada caso.				
Ejemplos	Los carteles informativos habilitados en las zonas de paso / estancia puede ser una forma de hacerlo, pero pueden realizarse sesiones informativas a profesionales, circulares internas, vídeos, folletos, simulacros de incendios, señalización luminosa de las salidas de emergencia, existencia de un plano de cada planta con flechas que indiquen las salidas de emergencia, tener el protocolo de actuación en caso de catástrofes en un lugar visible al público, etc.				

Descripción del estándar	Existe un sistema de identificación de las personas por categoría profesional	Código:	3.2.3	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	De cara a facilitar la correcta relación cliente - personal del CSES, debe existir un sistema que permita identificar a las personas, al menos en función de su categoría profesional. Esto conlleva un mejor sistema de funcionamiento dado que este filtro permite que el cliente pueda dirigirse al personal deseado para satisfacer de manera eficiente sus necesidades.				
Requisitos mínimos	Cada CSES deberá articular los medios para dicha identificación, no sólo personal nominal, sino además por categoría profesional, y deberá hacerlo público para el conocimiento general del sistema de identificación. El personal de dirección también debe llevar identificación nominal y profesional.				
Ejemplos	Por ejemplo, identificación de categoría profesional en la antesala de su lugar de trabajo. Tarjetas de identificación personal con fotografía, nombre y apellidos, categoría profesional, servicio al que pertenece. Otra forma de distinguir al personal por categorías es a través de los tipos y colores de los uniformes que utilizan en el ejercicio de su profesión.				

3.3. Reconocimiento a las personas del CSES

Descripción del estándar	Existen pruebas fehacientes que evidencien la realización de tareas de reconocimiento del personal	Código:	3.3.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Las tareas de reconocimiento de personal juegan un papel importante en la implicación de las personas que forman parte del CSES. Sin embargo dichas tareas deben ser llevadas a cabo teniendo en cuenta todas las vertientes que la gestión de Recursos Humanos lleva implícita, de manera que no se puede establecer un criterio único para llevarla a cabo, sino que debe ser desarrollada de acuerdo a la situación específica de cada CSES (tipo de personal, ubicación, realidad sociodemográfica, etc).				
Requisitos mínimos	Deben existir pruebas fehacientes de que a las tareas de reconocimiento abordadas se les da la pertinente difusión, de manera que sirva de estímulo al resto del personal.				
Ejemplos	Ejemplos de los conceptos expuestos pueden estar constituidos por cartas personales / colectivas de reconocimiento, difusión / publicación de reconocimientos externos o cartas de felicitación recibidas, presencia de directivos en reuniones específicas, etc. Remisión a los profesionales o servicios, de copias de notas de agradecimientos de periódicos, sumándose así mismo a las felicitaciones. Actas de reuniones en las que se reconocen los logros alcanzados por el personal del CSES. Tablón de anuncios específico para esta materia. Evidencias de reconocimiento a través de la página web del CSES.				

Descripción del estándar	Las evidencias de reconocimiento abarcan todas las áreas / funciones del CSES (personal sanitario / no sanitario)	Código:	3.3.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Aunque el objetivo final de cualquier organización sanitaria es la asistencia al paciente, no se debe olvidar que desde el momento de la entrada del mismo al sistema, comienza a recibir la atención de personal de diferentes escalas, siendo todos ellos importantes en el resultado final. Tal como se establece en el propio enunciado del estándar, y en congruencia con el estándar 3.3.1, las tareas de reconocimiento que se lleven a cabo no deben dejar fuera ningún colectivo, de manera que se consiga la implicación de todos los estamentos del CSES en la gestión del mismo.				
Requisitos mínimos	El equipo evaluador debe comprobar que no se ha dejado fuera de las tareas de reconocimiento ningún colectivo.				
Ejemplos	Documentos que evidencien reconocimientos a personal sanitario y no sanitario. Se puede evidenciar a través de entrevistas al personal.				

Descripción del estándar	<i>Los reconocimientos realizados al personal son difundidos a la organización</i>	Código:	3.3.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Sería deseable que se diera la pertinente difusión de manera que sirviera de estímulo al resto del personal.</i> <i>Una vez más, estas tareas deben ser abordadas con la precaución necesaria de manera que se tenga la sensibilidad suficiente para que nadie pueda sentirse menospreciado u olvidado.</i> <i>El CSES debiera reflexionar sobre cuál es el modo en que va a realizar la difusión de sus tareas de reconocimiento.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias de la difusión de los reconocimientos realizados al personal.</i> <i>Con evidencias de la difusión de algunos de los reconocimientos realizados al personal.</i> <i>Con evidencias de la difusión sistemática y continua de los reconocimientos realizados al personal</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos de los conceptos expuestos pueden estar constituidos por cartas personales / colectivas de reconocimiento, tanto hacia el personal asistencial como al no asistencial, difusión / publicación de reconocimientos externos o cartas de felicitación recibidas, presencia de directivos en reuniones específicas, etc.</i> <i>Remisión a los profesionales o servicios, de copias de notas de agradecimientos de periódicos, sumándose así mismo a las felicitaciones.</i> <i>Actas de reuniones en las que se reconocen los logros alcanzados por el personal del CSES.</i> <i>Tablón de anuncios específico para esta materia.</i> <i>Evidencias de reconocimiento a través de la página web del CSES.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se adoptan acciones para apoyar la implicación del personal</i>	Código:	3.3.4	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Aunque la implicación del personal del CSES depende de las propias personas, se debieran establecer acciones que estuviesen orientadas a que dichos trabajadores se implicaran con el CSES. Dichas actuaciones deben ser completas, de manera que se establezcan acciones para que el trabajador asuma dichos valores como propios y se identifique con ellos.</i> <i>Además, deben establecerse acciones para comprobar que las actuaciones de implicación desarrolladas están siendo eficientes. De poco serviría la realización de diversas actuaciones si luego no se comprueba su efectividad.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de la realización de acciones para apoyar la implicación del personal.</i> <i>• Con evidencias de la realización de acciones para apoyar la implicación del personal.</i> <i>• Con evidencias de la realización de acciones para apoyar la implicación del personal de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Acciones de difusión de la estrategia, los fundamentos y valores del CSES; de reconocimiento de tareas; de desarrollo profesional; de calidad asistencial, etc.</i> <i>Fomento de la participación del personal en comisiones clínicas, planes de actuaciones, autoevaluación, etc.</i> <i>Reconocimiento por la participación en ensayos clínicos, comités éticos de investigación clínica, comités de bioética, comisiones específicas para abordar determinadas materias, etc. En general, todos aquellos aspectos incluidos en el desarrollo profesional pueden servir de ejemplos.</i>				

Descripción del estándar	<i>Está establecido, y se aplica, un método para evaluar el desempeño del personal</i>	Código:	3.3.5	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El CSES debiera establecer procedimientos periódicos objetivos para la evaluación de la competencia profesional del personal, documentando los resultados de la capacidad de cada miembro del personal para cumplir las expectativas de actuación que establece su tipo de trabajo, garantizando así adecuados niveles de competencia profesional. Los resultados debieran ser utilizados para generar las necesarias iniciativas y modificaciones en la formación continuada.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>Sin evidencias del establecimiento de un método para evaluar el desempeño del personal.</i> <i>Con evidencias del establecimiento de un método para evaluar el desempeño del personal.</i> <i>Con evidencias del establecimiento y aplicación sistemática de un método para evaluar el desempeño del personal.</i>				
Ejemplos	<i>Como métodos para la evaluación del desempeño profesional podemos citar:</i> <i>- Sistemas de evaluación para la provisión de puestos de trabajo.</i> <i>- Sistemas de evaluación para el desarrollo profesional en concursos de traslados.</i> <i>- Sistemas de evaluación para contrataciones temporales.</i> <i>- Sistemas de selección de personal.</i> <i>- Sistemas de Evaluación externa o interna de las competencias a través de pruebas como la Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECO).</i>				

Descripción del estándar	<i>Está establecido, y se aplica, un método de motivación e incentivación para los profesionales</i>	Código:	3.3.6	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Establecer un sistema de incentivación vinculado a la consecución de objetivos, pretende que todos los profesionales que se involucren tengan un reconocimiento traducido en incentivos.</i> <i>En muchas ocasiones el reconocimiento de los superiores, la difusión de información adecuada y a tiempo o la comprensión de situaciones complejas, son elementos motivadores más valiosos que recompensas económicas.</i>				
Requisitos mínimos	<i>El CSES debiera reflexionar sobre cuál es el grado de motivación de sus profesionales y las herramientas que pueden aumentar dicha motivación, estableciendo las acciones pertinentes</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>• Sin evidencias del establecimiento de acciones de motivación e incentivación para los profesionales.</i> <i>• Con evidencias del establecimiento de acciones de motivación e incentivación para los profesionales.</i> <i>• Con evidencias del establecimiento sistemático de acciones de motivación e incentivación para los profesionales.</i>				
Ejemplos	<i>Métodos de motivación e incentivación podrían ser el cobro de la productividad variable, la asignación de permisos para formación en congresos, jornadas o la consecución de becas para estancias formativas en otros centros, la carrera profesional, el facilitar las relaciones interprofesionales por ejemplo, invitando expertos a participar en sesiones clínicas o ponencias en el CSES, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Está establecido, y se aplica, un sistema de beneficios sociales y otro tipo de beneficios para los trabajadores</i>	Código:	3.3.7	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Aún asumiendo que la primera motivación de los trabajadores debe ser su propia profesionalidad, sería deseable que existieran métodos para potenciar dicha motivación. En muchos casos, el desarrollo de beneficios sociales para los trabajadores supone un paso importante en la motivación de los trabajadores y la implicación con el CSES.</i> <i>El CSES debiera reflexionar sobre cuál es el grado de motivación de sus profesionales y cuáles son las herramientas que pueden aumentar dicha motivación, estableciendo las acciones pertinentes, teniendo en cuenta todas las implicaciones que el desarrollo de beneficios sociales puede tener sobre la totalidad del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No existe un sistema de beneficios para los trabajadores.</i> <i>Está establecido un sistema de beneficios para los trabajadores.</i> <i>El sistema de beneficios establecido se aplica de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Como beneficios sociales se pueden citar becas, ayudas de estudios, ayudas para minusválidos u otro tipo de prestaciones, ayudas para recién nacidos, convenios con guarderías para los hijos de los trabajadores, existencia de guarderías en los centros de trabajo, convenios con bancas o compañías de seguros, etc.</i>				

3.4. Seguridad Organizativa

Descripción del estándar	Se identifican periódicamente los riesgos que la actividad sanitaria puede provocar en las personas / puestos del CSES	Código:	3.4.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La identificación de los riesgos que la actividad sanitaria puede provocar en los trabajadores del CSES constituye el primer paso en la prevención de riesgos laborales. El CSES debe cumplir con la normativa vigente relacionada con la seguridad de los trabajadores. Esto conlleva que se realiza un ejercicio de identificación de cuáles son los riesgos potenciales derivados de la actividad sanitaria y su influencia en los profesionales. La puesta en práctica de toda acción preventiva requiere, en primer término, el conocimiento de las condiciones de cada uno de los puestos de trabajo, para identificar y evitar los riesgos y evaluar los que no puedan evitarse. Esta identificación debe estar hecha con rigor por profesionales competentes y debiera ser realizada periódicamente para mantener la actualización de la identificación de riesgos y asegurar de esta manera la continua eficacia del sistema. Según la normativa actual (RD 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención), la organización puede desarrollar las actividades preventivas bien asumiéndolas personalmente, bien designando a uno o varios trabajadores para llevarla a cabo, o constituyendo un servicio de prevención propio o ajeno. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/1995), establece como principio básico de la política de prevención de riesgos laborales, la participación de empresarios y trabajadores, a través de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas, en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la mejora de las condiciones de trabajo y la protección de la seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo.				

Requisitos mínimos	Debe documentarse, para cada puesto de trabajo, la identificación periódica de los riesgos que la actividad puede producir en sus trabajadores esta debe ser revisada en función de las posibles modificaciones del puesto de trabajo, de la incorporación de nuevos conocimientos y mecanismos preventivos que se vayan descubriendo en cada momento.
Ejemplos	• Identificación de los riesgos comunes (nivel de ruido, climatización, ventilación, iluminación, estrés, trabajo en turnos y nocturnos, ciertas deformaciones posturales, e incluso las posible agresiones). • Identificación de riesgos específicos (agentes biológicos, radiaciones y la utilización de determinadas sustancias químicas).

Descripción del estándar	Están valorados los riesgos identificados	Código:	3.4.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La evaluación de los riesgos (una vez identificados, tal como se indicaba en el estándar 3.4.1), es el proceso dirigido a estimar la frecuencia y magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que la dirección esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben llevarse a cabo. Se deberá revisar la evaluación correspondiente a aquellos puestos de trabajo afectados, cuando se hayan detectado daños en la salud de los trabajadores a través de los controles periódicos, incluidos los relativos a la vigilancia de la salud, en las que las actividades de prevención han demostrado ser inadecuadas o insuficientes.				
Requisitos mínimos	Deberá estar documentado la valoración de los riesgos identificados.				
Ejemplos	Tanto en hospitales, como en aquellos centros de salud o consultas particulares que dispongan de aparatos de radiodiagnóstico, se deben evaluar los riesgos de la exposición a radiaciones ionizantes, pues constituyen uno de los mayores riesgos en el ámbito sanitario. Fruto de la citada evaluación, se debe constatar la existencia del documento en que queden reflejados los resultados de la misma. Otros riesgos a evaluar en el ámbito sanitario, de especial relevancia, son los accidentes biológicos (pinchazo accidental con aguja utilizada en personal de enfermería, o personal de limpieza, etc.); accidentes con el instrumental, maquinaria, o en el laboratorio, daños músculo-esqueléticos en celadores, estudio de incapacidades temporales debidas a accidentes profesionales, etc.				

Descripción del estándar	Los riesgos identificados son priorizados una vez valorados	Código:	3.4.3	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Cuando el resultado de la evaluación ponga de manifiesto situaciones de riesgo, el responsable de prevención de riesgos laborales planificará la actividad preventiva que proceda con objeto de eliminar o controlar y reducir dichos riesgos, conforme a un orden de prioridades en función de su frecuencia, magnitud y número de trabajadores expuestos a los mismos.				
Requisitos mínimos	En la planificación de esta actividad preventiva se tendrá en cuenta la existencia, en su caso, de disposiciones legales relativas a riesgos específicos (como es el caso de la legislación en cuanto a protección radiológica), así como los principios básicos de acción preventiva señalados en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995).				
Ejemplos	Debe existir un documento con la clasificación de los riesgos identificados (estándar 3.4.1) que una vez valorados (estándar 3.4.2) serán puestos en orden de priorización. También se deberá tener el correspondiente plan de actuaciones indicado en el siguiente estándar (3.4.4).				

Descripción del estándar	Se ha establecido un plan para reducir los riesgos identificados	Código:	3.4.4	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Cuando de la evaluación realizada resulte necesario, se deberán adoptar medidas preventivas. Deberán ponerse claramente de manifiesto las situaciones en que sea necesario: • Eliminar o reducir el riesgo, mediante medidas de prevención en el origen, organizativas, de protección colectiva, de protección individual, o de formación e información a los trabajadores. • Controlar periódicamente las condiciones, la organización y los métodos de trabajo y el estado de salud de los trabajadores. • Plan de Prevención de Riesgos Laborales específico del CSES. Según el RD 39/1997, de los Servicios de Prevención, la planificación de la actividad preventiva incluirá, en todo caso, los medios humanos y materiales necesarios, así como la asignación de los recursos económicos precisos para la consecución de los objetivos propuestos. Igualmente habrán de ser objeto de integración en la planificación de la actividad preventiva, las medidas de emergencia y la vigilancia de la salud previstas en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, así como la información y la formación de los trabajadores en materia preventiva (como se indicará más adelante en el estándar 3.4.6) y la coordinación de todos estos aspectos.				
Requisitos mínimos	La actividad preventiva deberá planificarse para un período determinado, estableciendo las fases y prioridades de su desarrollo en función de la magnitud de los riesgos y del número de trabajadores expuestos a los mismos, así como su seguimiento y control periódico. En el caso de que el período en que se desarrolle la actividad preventiva sea superior a un año, deberá establecerse un programa anual de actividades. Existencia del plan de prevención de riesgos laborales y su grado de desarrollo e implementación.				

Ejemplos	Se pueden objetivar medidas preventivas como la utilización de dosímetros, protección radiológica (mandiles, gafas, guantes, etc.) o elaboración de protocolos en dicha materia para las zonas con riesgo de radiaciones ionizantes, evidencias de la utilización de guantes, mascarillas, vestuario adecuado, en el caso de trabajos con exposición a material biológico, así como la elaboración de protocolos en materia de laboratorios y quirófanos, etc. Todas esas medidas de prevención estarán englobadas dentro del plan de prevención de riesgos laborales, siendo revisadas periódicamente por los responsables designados, con una serie de medios materiales, con un cronograma determinado, etc.
-----------------	--

Descripción del estándar	<i>Se realiza un seguimiento periódico del cumplimiento del Plan</i>	Código:	3.4.5	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Todas las actuaciones descritas anteriormente debieran tener el correspondiente seguimiento por parte de los responsables designados, en función del ámbito de dichas actuaciones, y con el pertinente reporte a la dirección como responsable última. Este seguimiento debiera estar articulado de manera tal que permitiera identificar las desviaciones respecto a lo planificado con tiempo suficiente para reaccionar, teniendo en cuenta las prioridades establecidas.</i> <i>Este seguimiento se puede realizar de manera independiente por un comité constituido para tal fin o puede realizarse en el seno de reuniones de temática más amplia (Comisión de dirección, por ejemplo). Igualmente este seguimiento del Plan puede ser delegado en personas independientes que informen periódicamente a los responsables adecuados.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias del seguimiento del cumplimiento del Plan.</i> <i>Con evidencias del seguimiento del cumplimiento del Plan.</i> <i>Con evidencias del seguimiento periódico del cumplimiento del Plan y de la eficacia de las acciones adoptadas.</i>				
Ejemplos	<i>Evidencias del seguimiento del Plan: actas de reunión, reportes escritos, correos electrónicos, etc.</i> <i>Como ejemplos de evidencias de la eficacia de las acciones realizadas se pueden citar los indicadores de reducción de accidentes de trabajo en un determinado CSES.</i>				

Descripción del estándar	El plan de formación incluye materias en aspectos de seguridad organizativa	Código:	3.4.6	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Tal como se indicaba en el estándar 3.4.4, siguiendo la normativa referente a la planificación de prevención de riesgos laborales, se debe formar a los trabajadores en la materia. De esta manera, los planes de formación de los trabajadores deberán incluir formación en las disciplinas preventivas.				
Requisitos mínimos	Estas disciplinas preventivas que servirán de soporte técnico serán al menos las relacionadas con la Medicina del Trabajo, la Seguridad en el Trabajo, la Higiene Industrial y la Ergonomía y Psicosociología aplicada.				
Ejemplos	Objetivar el Plan de Formación del CSES, que puede incluir sesiones clínicas acerca de esta materia, asistencia a talleres, seminarios, cursos, etc. Temas sobre prevención de riesgos laborales: - Conceptos básicos sobre seguridad y salud en el trabajo. - Riesgos generales y su prevención. - Riesgos específicos (radiaciones ionizantes en un servicio de radiodiagnóstico, accidentes biológicos en el caso del personal de enfermería o laboratorio, etc) y su prevención en el sector correspondiente en el sector sanitario. - Elementos básicos de gestión de la prevención de riesgos. - Primeros auxilios.				

Categoría 4: GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y RECURSOS MATERIALES

Definición

Cómo gestiona la organización su Tecnología y sus recursos materiales de manera eficaz y eficiente, garantizando un entorno seguro y funcional para los usuarios y el personal.

Propósito

Esta categoría pretende servir de guía al CSES para incluir en su gestión aquellos aspectos que aseguren que los recursos materiales disponibles se encuentran en las adecuadas condiciones de uso y permiten que la prestación de los servicios se realice de la forma prevista. Además en esta categoría se incluyen conceptos de eficiencia y gestión ambiental que son una necesidad real en la gestión de recursos públicos.

La categoría está articulada en tres subcategorías para recoger los enfoques específicos de gestión de la infraestructura, los recursos económico financieros y la gestión de las alianzas externas y la tecnología, como principales ítems.

Las organizaciones sanitarias deben tener siempre presente su función social en equidad, estableciendo la gestión de sus recursos de manera consistente con los principios básicos de gestión, acentuado aún más cuando se trate de CSES pertenecientes al Sistema Sanitario Público.

4.1 Gestión de las Alianzas Externas y de la Tecnología

Descripción del estándar	Se planifican actuaciones conjuntas con organizaciones sociales y ciudadanas, sociedades científicas, asociaciones y/o personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud	Código:	4.1.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La organización planificará y gestionará sus alianzas externas basándose en criterios de beneficio mutuo, generando sinergias positivas y disponiendo consecuentemente sus recursos internos en apoyo de la estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Estas actividades deberán constituir un foro donde presentar las tecnologías y procesos utilizados así como los resultados y conclusiones obtenidos de su implementación para su aprovechamiento por todos los participantes. Estas actuaciones se realizarán de manera periódica.				
Requisitos mínimos	La organización definirá e identificará aquellas personas u organizaciones clave con las que establecer relación para el beneficio mutuo, elaborará y desarrollará con ellos estrategias comunes y dedicará a estos fines los recursos adecuados. No se considera suficiente la realización de acciones puntuales en este sentido, fruto de la preocupación de personas emprendedoras aisladamente, sino que debe demostrarse que el CSES realiza la planificación de estas actuaciones conjuntas, bien liderándolas, o como mínimo con un apoyo firme a las mismas desde la dirección. Además, estas actuaciones deben estar sistematizadas.				

Ejemplos	Para comprobar este estándar deben poderse mostrar registros que evidencien la planificación de actuaciones conjuntas. A modo de ejemplo sugerimos la planificación de la realización de mesas redondas, grupos de trabajo, simposios, congresos o foros, comunicaciones escritas, etc, en colaboración con colegios profesionales, sociedades científicas, fundaciones, industria farmacéutica, etc. sobre temas de interés conjunto. También se pueden mostrar actuaciones de tipo docente, como seminarios en los que se colabora con las asociaciones de pacientes para el manejo de aparatos, como por ejemplo de glucemia, bombas de insulina, peak flow meter, aparatos de presión positiva espiratoria durante el sueño, etc.
-----------------	--

Descripción del estándar	<i>Se aprovechan las sinergias existentes en gestión de procesos de interés conjuntos con organizaciones sociales y ciudadanas, colegios profesionales, sociedades científicas, asociaciones y/o personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud</i>	Código:	4.1.2	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El CSES debería identificar las actuaciones llevadas a cabo en otras organizaciones similares que pueden ser adoptadas en el centro, una vez conocidas las mejoras aportadas en dichas organizaciones, bajo criterios de beneficio mutuo.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se aprovechan las sinergias existentes para la mejora de la gestión de procesos de interés conjunto con organizaciones del ámbito de las Ciencias de la Salud.</i> <i>Se aprovechan las sinergias existentes para la mejora de la gestión de procesos de interés conjunto con organizaciones del ámbito de las Ciencias de la Salud, pero no se ha planificado su adopción en el CSES.</i> <i>Se aprovechan las sinergias existentes para la mejora de la gestión de procesos de interés conjunto con organizaciones del ámbito de las Ciencias de la Salud, y se ha planificado su adopción en el CSES.</i>				
Ejemplos	<i>Se aprovecha la información y organización para el tratamiento de la violencia de género, y existen planes de actuación conjunta con el Instituto de la Mujer, Consejería de Bienestar Social, etc, para la detección de nuevos casos, difusión de la información que pueda beneficiar en situaciones de riesgo, etc.</i> <i>Se colabora con asociaciones de enfermos oncológicos, aprovechando la información procedente de las mismas acerca de aspectos organizativos, etc, que puedan mejorar los procesos asistenciales y no asistenciales.</i>				

Descripción del estándar	<i>La información de las actuaciones conjuntas realizadas con organizaciones sociales y ciudadanas, colegios profesionales, sociedades científicas, asociaciones y/o personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud es analizada por las personas / foros adecuados del CSES</i>	Código:	4.1.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El ciclo se cierra cuando la información obtenida de las actuaciones realizadas con organizaciones del ámbito de las Ciencias de la Salud es analizada adecuadamente en los foros pertinentes y se adoptan acciones de mejora como consecuencia de dicha información.</i> <i>Continuando con el proceso lógico descrito, una vez identificadas las sinergias que pueden aportar mejoras en aquellos procesos que tiene el CSES y que manifiestan un interés común con organismos del ámbito de las Ciencias de la Salud, éstas deben ser analizadas por los foros adecuados para establecer las acciones que se consideren oportunas. Posteriormente se debería hacer un seguimiento de la implantación efectiva de dichas acciones, para asegurar que, efectivamente, las oportunidades de mejora identificadas se llevan a cabo.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>La información procedente de las actuaciones conjuntas con organizaciones del ámbito de las Ciencias de la Salud, no es analizada por las personas / foros adecuados.</i> <i>La información procedente de las actuaciones conjuntas con organizaciones del ámbito de las Ciencias de la Salud, es analizada por las personas / foros adecuados.</i> <i>La información procedente de las actuaciones conjuntas con organizaciones del ámbito de las Ciencias de la Salud, es analizada por las personas / foros adecuados y se adoptan acciones en consecuencia.</i>				
Ejemplos	<i>Actas de reunión, informes a / de dirección del análisis de esta información de las actuaciones conjuntas, como por ejemplo:</i> <i>Casística de casos detectados de violencia doméstica, maltrato infantil o al anciano.</i> <i>Estudio del impacto de un programa de educación para la salud bucodental.</i> <i>Constatación del porcentaje de pacientes del servicio de neurología que pertenecen a una asociación de afectados de Alzheimer.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se planifican actuaciones conjuntas con CSES del entorno</i>	Código:	4.1.4	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Como principio básico, el CSES debe participar e involucrarse con otros que operan en su entorno. Esta participación debe ser la consecuencia de un planteamiento más amplio de su política.</i> <i>Uno de los requisitos básicos es la planificación de actividades para poner en común aspectos de gestión de procesos y tecnologías de interés mutuo.</i> <i>Sería deseable que estuvieran identificados cuáles son los CSES del entorno con los que colaborar en las líneas descritas anteriormente. Esta actuación no debiera tratarse de colaboraciones puntuales y esporádicas, sino que debieran formar parte de una estrategia más amplia planificada por el mismo.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Deben poderse mostrar evidencias de la identificación de los CSES del entorno con los que se va a colaborar así como de las actuaciones a desarrollar conjuntamente para alcanzar unos resultados preestablecidos.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se planifican actuaciones conjuntas con los CSES del entorno.</i> <i>Se planifican actuaciones conjuntas con los CSES del entorno.</i> <i>Se planifican actuaciones conjuntas con los CSES del entorno, de forma sistemática.</i>				

Ejemplos	<i>Documento donde se manifiesten las actuaciones conjuntas con los CSES del entorno.</i> <i>Como ejemplos de actuaciones conjuntas, se pueden citar las siguientes:</i> <i>• Sesiones de telemedicina entre centro de salud y hospital de referencia.</i> <i>• Talleres de habilidades agrupando profesionales de varios centros de salud.</i> <i>• Especialista de área que se desplaza a centro de salud, para sesiones clínicas sobre determinados pacientes correspondientes a la zona de salud, o revisiones bibliográficas.</i> <i>• Existencia de mapas de referencia para determinadas pruebas diagnósticas, especialidades, etc., en definitiva, de flujos de pacientes.</i> <i>• Conciertos para la realización de determinadas pruebas en CSES del entorno.</i> <i>• Referencia de Bancos de Sangre u otros servicios, para CSES del entorno que pudieran necesitarlos.</i> <i>• Referencias mutuas para determinados servicios, tanto desde la sanidad pública hacia la privada, como viceversa.</i>
-----------------	---

Descripción del estándar	<i>La información de las actuaciones conjuntas realizadas con CSES del entorno es analizada y se adoptan acciones de mejora como consecuencia</i>	Código:	4.1.5	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El ciclo se cierra cuando la información obtenida de las actuaciones realizadas con los CSES del entorno, mencionadas en el estándar anterior, es analizada adecuadamente en los foros pertinentes y se adoptan acciones de mejora como consecuencia de dicha información.</i> <i>Continuando con el proceso lógico descrito, la información procedente de las actuaciones conjuntas con los CSES del entorno debe ser analizada por los foros adecuados para establecer las acciones que se consideren oportunas. Posteriormente se debería hacer un seguimiento de la implantación de dichas acciones, para asegurar que, efectivamente, las oportunidades de mejora identificadas se llevan a cabo.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se muestran evidencias de haber analizado la información obtenida de las actuaciones conjuntas realizadas con los CSES del entorno por las personas / foros adecuados del CSES.</i> <i>Se muestran evidencias de haber analizado la información obtenida de las actuaciones conjuntas realizadas con los CSES del entorno por las personas / foros adecuados, pero no se han realizado acciones de mejora.</i> <i>Se muestran evidencias de haber analizado la información obtenida de las actuaciones conjuntas realizadas con los CSES del entorno por las personas / foros adecuados, y se han realizado acciones de mejora como consecuencia del análisis.</i>				

Ejemplos	<i>Ejemplos de evidencias de análisis de la información sobre las actuaciones realizadas pueden ser: actas de reunión, circulares, correos electrónicos, etc.</i> <i>Seguimiento de su ejecución: reportes, informes, actas, etc.</i> <i>Ejemplos del análisis de dicha información, pueden ser:</i> • <i>Evaluación de las actuaciones realizadas para valorar su continuidad o no, re-planificación, etc.</i> • <i>Análisis del porcentaje de desplazamientos evitados como consecuencia del uso de la telemedicina, reducción de la demora en el diagnóstico gracias a la misma, etc.</i> • <i>Cobertura de una actividad formativa en un determinado área de salud.</i> • <i>Análisis del grado de satisfacción de los usuarios por no tener que desplazarse al hospital en los casos de sesiones clínicas entre los médicos de familia y los especialistas, realizadas en su zona de salud.</i> • <i>Análisis del grado de satisfacción de los profesionales por la mayor comunicación inter-niveles conseguida con la telemedicina o con la realización de sesiones clínicas conjuntas.</i>
-----------------	--

Descripción del estándar	Se dispone de un inventario de equipamiento tecnológico en uso, tanto si es propio como subcontratado	Código:	4.1.6	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Se trata de conseguir la máxima eficiencia y operatividad en la gestión de los recursos tecnológicos de la organización, a la vez que se asegura la eficacia y seguridad de los mismos. Para ello se debe velar por la correcta utilización y reposición de la tecnología de que se dispone, cuyo primer requisito será el tener adecuadamente inventariado el equipamiento tecnológico. El CSES debe realizar un inventario de la totalidad del equipamiento tecnológico existente (equipos de rayos X, equipos de quirófanos, etc.), para después identificar la legislación que les afecta y en función de las características de los mismos, extraer los requisitos concretos que les son de aplicación (existencia de autorizaciones, inspecciones periódicas por organismos autorizados, uso por parte de personal cualificado). Una vez identificados los requisitos concretos de aplicación para cada equipo, el CSES debe comprobar que estos requisitos se cumplen, y en caso negativo emprender las acciones necesarias para su cumplimiento.				
Requisitos mínimos	Existencia de inventario sobre el equipamiento tecnológico, sea en soporte papel o informático.				
Ejemplos	Documento o base de datos donde se relaciona todo el equipamiento tecnológico de que se dispone en el CSES.				

Descripción del estándar	Cada equipo dispone de una ficha técnica específica	Código:	4.1.7	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Es necesario disponer de la información de cada equipo tecnológico en lo referente a detalles sobre su adquisición, sus características técnicas, revisiones realizadas, así como de las reparaciones que se hayan efectuado sobre el mismo. De este modo la “ficha técnica” facilitará el correcto uso y gestión de cada equipo.				
Requisitos mínimos	Existencia de ficha técnica para cada equipo tecnológico.				
Ejemplos	Se puede comprobar “de visu” la existencia de fichas técnicas para los equipos, en los archivos de documentación técnica de la organización. Se pueden realizar entrevistas a directivos relacionados con la gestión de recursos materiales.				

Descripción del estándar	Existe y se ejecuta un Plan de Mantenimiento Preventivo de instalaciones, equipamiento y equipos electromédicos	Código:	4.1.8	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Para evitar posibles averías y asegurar el correcto funcionamiento y estado de mobiliario, equipos de frío/calor, equipos electromédicos, extintores, instalaciones de esterilización, instalaciones de limpieza, consultas, aseos, etc., es imprescindible la existencia de un Plan de Mantenimiento Preventivo. Este debe recoger actuaciones sobre las instalaciones, equipos e infraestructuras para prevenir un mal funcionamiento futuro, lo que podría afectar a la calidad del servicio prestado. Coherentemente con el estándar 3.1.7, en dicho Plan, se cuenta con los medios humanos y técnicos suficientes para realizar el mantenimiento de acuerdo a la programación preventiva establecida. Existen instalaciones y equipos cuyo mantenimiento preventivo está regulado en disposiciones legales y reglamentos a través de inspecciones, pruebas o revisiones periódicas. Es importante que a la hora de redactar el Plan de Mantenimiento de las instalaciones se hayan tenido en cuenta dichas disposiciones, como pueden ser el Reglamento de Aparatos a Presión (R.D.1244/1979, e ITC MIE AP1, calderas, economizadores, precalentadores, sobre-calentadores y re-calentadores), el Reglamento de Seguridad para Plantas e Instalaciones Frigoríficas (R.D. 3099/1977, Orden de 24 de enero de 1978 por la que se aprueban las instrucciones complementarias y sus modificaciones), Reglamento de Almacenamiento de Productos Químicos (R.D. 379/2001), Reglamento de Instalaciones Petrolíferas (R.D. 2085/1994), Reglamento Electrotécnico para Baja Tensión (R. D. 842/2002), Legislación referente a la Legionella (RD 865/2003), etc.				

Requisitos mínimos	El Plan de Mantenimiento debe comprender todas las instalaciones, equipamiento y equipos electromédicos existentes en el CSES. Para cada uno de ellos, se ha de establecer una planificación detallada de cada actividad de mantenimiento preventivo necesaria (ya sea porque la establece la legislación, sean recomendaciones del fabricante o porque el personal de mantenimiento, conocedor de la maquinaria, lo estima oportuno) que contenga: actividad a realizar (Ej.: comprobación de estado, prueba de presión, análisis, cambios de aceite, etc.); cronograma; periodicidad (Ej.: trimestral, anual, quincenal, etc.); responsable de ejecutar dicha actividad.
Ejemplos	Para comprobar este estándar se deberá poder verificar la existencia de dicho Plan de Mantenimiento detallado, así como tener las evidencias en forma de registros (actas de mantenimiento, partes de trabajo, etc.) de la ejecución de lo establecido en el Plan de Mantenimiento en los plazos establecidos.

Descripción del estándar	El mantenimiento realizado sobre los equipos electromédicos garantiza el cumplimiento de la legislación vigente	Código:	4.1.9	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La organización debe gestionar el mantenimiento preventivo de los distintos equipos electromédicos con los que cuenta, para mejorar el rendimiento de su ciclo de vida, además de garantizar el cumplimiento de la legislación que le sea de aplicación. Entre otras, se puede destacar los siguientes: • R.D. 414/1996 de 1 de marzo, por el que se regulan los Productos Sanitarios. • R.D. 2727/1998, de 18 de diciembre, por el que se modifica el RD 414/1996 de 1 de marzo, por el que se regulan los Productos Sanitarios. • Norma UNE-EN 60601 sobre Equipos Electromédicos, que determina los requisitos generales para la seguridad de dichos equipos.				
Requisitos mínimos	Se debe disponer de las evidencias del cumplimiento de los requisitos requeridos en la legislación vigente para cada uno de los equipos electromédicos existentes en el inventario a que hace referencia el estándar 4.1.6.				
Ejemplos	Ejemplos de evidencias del cumplimiento de requisitos: actas de inspección, autorización del equipo, certificados de personal, certificados de calibración de los equipos empleados en el mantenimiento, revisión o reparación de equipos electromédicos, etc.				

Descripción del estándar	Existen y se aplican procedimientos para la gestión del mantenimiento correctivo de las instalaciones y equipamientos	Código:	4.1.10	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Durante el funcionamiento de los equipos e instalaciones, aunque se hayan establecido planes de mantenimiento preventivo, éstos sufrirán averías que deben ser reparadas para afectar lo mínimo posible a las actividades de prestación del servicio de los CSES. Por ello es importante contar con procedimientos donde se especifiquen las actividades y responsables para realizar los trabajos de reparación (desde a quién hay que comunicarle en primer lugar la avería, quién reparte las tareas entre los distintos operarios de mantenimiento, personal responsable de las distintas tareas de mantenimiento, hasta los registros que reflejen la avería detectada y el fin de la reparación).				
Requisitos mínimos	Deben existir procedimientos escritos donde se describa la secuencia de actividades desde que se detecta una avería hasta que es reparada y comunicada a los usuarios de la instalación / equipamiento. Así, se establecen mecanismos de control de calidad en reparaciones realizadas por los fabricantes o servicios técnicos, y se dispone de sistemas estadísticos que relacionen la fiabilidad de los equipos y los costes asociados. Los procedimientos deberán identificar los responsables de cada una de las actividades y los registros derivados de las mismas. Por otro lado, se deberá evidenciar que dichos procedimientos están implantados, mediante la comprobación de los registros definidos en el mismo.				
Ejemplos	Registros a verificar: partes de avería, partes de trabajo, etc. Se pueden revisar los procedimientos escritos a los que se hace referencia en el apartado de requisitos mínimos.				

Descripción del estándar	Se garantiza que los equipos de medida utilizados son compatibles con las medidas que efectúan	Código:	4.1.11	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Se deberá garantizar que los equipos de medida utilizados son los adecuados, según la característica a medir y la repercusión de dicha medida en el servicio prestado por los CSES. Dependiendo de las medidas que se realicen, y de la importancia de las mismas, se deberá exigir más o menos precisión y fiabilidad en los resultados de los equipos utilizados.				
Requisitos mínimos	Debe existir un inventario en el que se recojan los equipos de medida que hay que verificar, con qué periodicidad y la actuación pertinente en caso de no estar debidamente calibrados. Revisión de algunos equipos cuya medida deba ser precisa para su buen uso, y comprobar que están calibrados / verificados con respecto a una tolerancia establecida.				
Ejemplos	Para comprobar este estándar se deberá evidenciar que los equipos utilizados, así como las medidas realizadas por los mismos, son coherentes con la importancia y repercusión de los resultados arrojados por los mismos. Constatar la existencia del inventario de los equipos de medida, informes técnicos al respecto. Entrevistas al personal de mantenimiento de los equipos de medida (pueden ser propios o subcontratados).				

Descripción del estándar	Cuando se subcontratan tareas se exige el cumplimiento de los requisitos legales y técnicos aplicables, incluyendo la disponibilidad de póliza de responsabilidad civil suficiente	Código:	4.1.12	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Es importante que las tareas que se subcontraten cumplan con los requisitos legales y técnicos exigibles, y es el CSES el encargado de verificar su cumplimiento. Por tanto, para los trabajos que se subcontraten, se deberán haber identificado los requisitos legales y técnicos aplicables, y se deberá velar por su cumplimiento individual.				
Requisitos mínimos	Se deben revisar los trabajos subcontratados, comprobando que se han identificado los requisitos técnicos y legales aplicables, y comprobando las evidencias de su cumplimiento a través de los registros relacionados (autorizaciones, licencias, acreditaciones, copia de póliza de responsabilidad civil, comprobación de que está inscrita en el registro del Órgano Territorial, etc.)				
Ejemplos	Registros relacionados: autorizaciones, licencias, acreditaciones, copia del último recibo pagado de póliza de responsabilidad civil, etc.				

Descripción del estándar	<i>Se identifican y valoran tecnologías emergentes en los foros adecuados</i>	Código:	4.1.13	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>En congruencia con el estándar 2.1.23, acerca de que se realizan acciones para conocer y prever los avances científicos y tecnológicos del sector sanitario, así como con el estándar 2.2.9, acerca de la incorporación de la información obtenida al respecto en los procesos de revisión internos, y con el estándar 5.2.3, sobre la sistemática para acceder y compartir las mejores prácticas y el conocimiento dentro del CSES, sería recomendable la identificación y valoración de las tecnologías emergentes en los foros adecuados.</i> <i>Teniendo en cuenta el concepto de participación con otros colectivos del sector que puedan favorecer el mejor funcionamiento del CSES, deberían identificarse y programarse actuaciones con las organizaciones adecuadas para favorecer el conocimiento y el acceso a nuevas tecnologías que potencien la capacidad del CSES para mejorar la salud de la población y actuar sobre las enfermedades de una manera más eficaz.</i> <i>Sería deseable que estuvieran identificadas las nuevas tecnologías que existen en cada momento relacionadas con nuestra actividad. La identificación de las tecnologías emergentes no debiera tratarse de una actividad puntual y esporádica, sino que debieran formar parte de una estrategia más amplia planificada por el CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Deben poderse mostrar evidencias de la identificación de las tecnologías emergentes en los foros oportunos, así como de la valoración de su posibilidad de adopción.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias de la identificación de las tecnologías emergentes en los foros adecuados.</i> <i>Están identificadas las tecnologías emergentes en los foros adecuados.</i> <i>Se presentan evidencias de la identificación de las tecnologías emergentes en los foros adecuados, así como de la valoración de su posible adopción en el CSES.</i>				

Ejemplos	• <i>Identificación: actas de reunión, informes a/ de dirección. Esto lo podrían realizar las Comisiones Clínicas.</i> • <i>Valoración: solicitud de informes a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Española del Medicamento, etc., realización de mesas redondas respecto a dichas tecnologías, publicaciones conjuntas con expertos, asistencia a congresos, talleres, etc. sobre tecnologías emergentes, revisiones bibliográficas al respecto, etc.</i>
-----------------	--

Descripción del estándar	<i>Se toman acciones para identificar y reemplazar tecnologías obsoletas</i>	Código:	4.1.14	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Teniendo en cuenta el concepto de participación con otros colectivos del sector que puedan favorecer el mejor funcionamiento del CSES, deberían programarse actuaciones con las organizaciones adecuadas para la identificación de tecnologías obsoletas y su posterior sustitución, y así fomentar la capacidad del CSES para mejorar la salud de la población y prestar una asistencia sanitaria más eficaz.</i> <i>Sería deseable que estuvieran identificadas cuáles son las tecnologías obsoletas relacionadas con nuestra actividad que existen en cada momento. La identificación de las tecnologías obsoletas no debiera tratarse de una actividad puntual y esporádica, sino que debiera formar parte de una estrategia más amplia planificada por el CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se presentan evidencias de la identificación de las tecnologías obsoletas.</i> <i>Están identificadas las tecnologías obsoletas y se reemplazan.</i> <i>Se presentan evidencias de la identificación de las tecnologías obsoletas y de la toma de acciones para reemplazarlas de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Actas de reunión, informes a/de dirección o evidencias de acciones emprendidas como consecuencia de la identificación de tecnologías obsoletas.</i>				

4.2 Gestión de los Recursos Económicos y Financieros

Descripción del estándar	Están identificadas las partidas correspondientes a los distintos capítulos de gasto y fuentes de financiación	Código:	4.2.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El equipo directivo llevará a cabo una adecuada ejecución de la política establecida por los órganos de gobierno mediante la gestión eficiente de los recursos y de la actividad de la organización. Promoverá el eficaz funcionamiento del CSES con la prestación de una asistencia de calidad, la satisfacción del cliente, la adecuada gestión del riesgo, la cualificación del personal y la eficiencia en el uso de los recursos financieros.				
Requisitos mínimos	Se dispone de las partidas de gasto correspondientes (nóminas, abastecimiento de agua, energía eléctrica, comunicación telefónica, gastos de farmacia, etc.). Debe existir un Contrato de Gestión o documentos similares, con las asignaciones presupuestarias correspondientes. La dirección del centro debe conocer las distintas fuentes de financiación existentes y sus distintas partidas.				
Ejemplos	Para comprobar este estándar se debe poder acceder al Contrato de Gestión o documentos similares con su previsión presupuestaria dividida en los correspondientes apartados, y evidenciarse que existe el mecanismo para identificar las asistencias prestadas a usuarios con los que no tiene obligación de asistencia, de forma que se traslade el cobro a la entidad pertinente. Por ejemplo, las compañías de seguro para el caso de asistencia a usuarios no acogidos a la seguridad social, procedimiento de cobro a terceros y verificación de que se realiza de forma sistemática, como en los casos de accidentes de tráfico, accidentes de trabajo y seguro escolar, seguros de caza; utilización de determinadas especialidades del Sistema Sanitario Público por clínicas privadas que carezcan de las mismas, utilización de bolsas de sangre, etc; cobro por la atención a pacientes extranjeros o sus países de origen, etc, y la partida presupuestaria correspondiente con sus distintos apartados personal, inversiones, consumos, etc.				

Descripción del estándar	<i>En las tarifas de precios establecidas se tienen en cuenta los costes efectivos totales de los servicios prestados</i>	Código:	4.2.2	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Independientemente de que los sistemas sanitarios de carácter público no cobran tarifas a los usuarios, tienen que tener establecidas las tarifas de precios para el caso de facturaciones a terceros, cobro por la atención de ciudadanos extranjeros, etc.</i> <i>Las tarifas de precios que haya establecido el CSES deberían tener en cuenta para su cálculo, los costes reales de las actividades de cada servicio, es decir, los costes directos e indirectos de que se compone.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Las tarifas de precios no tienen en cuenta todos los costes de los servicios prestados.</i> <i>Las tarifas de precios contemplan los costes totales de los servicios prestados.</i> <i>Existen evidencias de que se han tenido en cuenta al establecer las tarifas de precios, de forma sistemática, todos los costes efectivos en que incurre el CSES.</i>				
Ejemplos	<i>Se deben objetivar las tarifas de precios establecidas y el análisis de costes por servicios prestados. Es decir, a la hora de establecer la tarifa en una determinada intervención quirúrgica, por ejemplo, se han tenido en cuenta los costes de infraestructuras, de fungibles, de farmacia, de personal, etc.</i> <i>Existe un compromiso explícito en la dirección del centro, de la tendencia a la gestión de costes por procesos que se pueden recoger en los Contratos de Gestión o documentos similares, o en actas, o en el desarrollo de sistemas de información.</i> <i>Se trataría de objetivar el análisis de costes de los servicios prestados, por ejemplo en el caso de un centro público, en la atención a un politraumatizado por accidente de tráfico, y su relación con las tarifas de precios a la hora de pasar factura a la compañía de seguros correspondiente.</i> <i>Este análisis de costes se puede objetivar en la contabilidad analítica pública o en la factura que será lo más detallada posible en el caso de los centros privados.</i>				

Descripción del estándar	Se dispone de una póliza vigente de seguro que cubra los costes de reposición de la planta física en caso de siniestro total	Código:	4.2.3	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Toda organización debe tener previstas soluciones a posibles percances como parte del tratamiento de los riesgos a los que está sometida.				
Requisitos mínimos	La organización, en relación a la normativa de seguridad y responsabilidad civil vigente, dispone de una póliza de seguro que cubre las contingencias de reconstrucción de una planta física en caso de siniestro total por accidentes de diverso tipo.				
Ejemplos	Para comprobar este estándar se debe evidenciar la existencia de una póliza en vigor que cubra la reposición de la planta física en caso de siniestro total.				

Descripción del estándar	Se realiza un seguimiento de las inversiones realizadas por el CSES para analizar su efectividad	Código:	4.2.4	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Debe existir el mecanismo que asegure el seguimiento realizado al plan de inversiones y la comprobación de que se alcanzan los resultados planificados para los cuales se destinaron los recursos.				
Requisitos mínimos	El CSES debe realizar un análisis de seguimiento que marque para cada una de las inversiones una serie de objetivos, cronograma, instalación, formación, puesta en funcionamiento, evaluación periódica de su funcionamiento y si se han conseguido los objetivos que se pretendían con su instalación.				
Ejemplos	Se debe evidenciar la identificación de los resultados esperados de la inversión y el análisis posterior para comprobar su efectividad. Como ejemplos se pueden citar la instalación de tecnología, como aparatos de braquiterapia, acelerador lineal, infraestructura para telemedicina, o para los sistemas de información, con la constatación del seguimiento de dichas inversiones en cuanto a análisis de efectividad. Apuesta en los sistemas de información de fórmulas hacia el análisis de costes por procesos de atención en relación al estándar 4.2.1				

Descripción del estándar	<i>Existe un plan de acciones para la adecuada gestión de los riesgos en los recursos económicos y financieros</i>	Código:	4.2.5	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El CSES debe establecer una sistemática para el control de los recursos económicos y financieros de cara a minimizar los riesgos de incumplir las obligaciones con el personal, proveedores, hacienda, y otros organismos.</i> <i>Dicha sistemática debe incluir una previsión del presupuesto con las distintas partidas, un seguimiento de los gastos y una serie de indicadores.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No existe plan de acciones para la gestión de los riesgos en los recursos económicos y financieros.</i> <i>• Existe plan de acciones para la gestión de los riesgos de los recursos económicos y financieros.</i> <i>• Existe plan de acciones para la gestión de los riesgos de los recursos económicos y financieros, y su seguimiento se realiza con una periodicidad establecida.</i>				
Ejemplos	<i>Cuadro de mando de seguimiento del presupuesto, donde se establezcan signos de alarma ante desviaciones. Pueden formar parte del plan de acciones para la adecuada gestión de los recursos económicos y financieros, además de la existencia de unos objetivos propuestos, un cronograma, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>En la definición de la estrategia están incorporados criterios de reducción de pérdidas</i>	Código:	4.2.6	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La estrategia se puede definir como el conjunto de actuaciones encaminadas a la consecución de objetivos.</i> <i>En toda organización se debe intentar reducir al máximo la posibilidad de riesgos en la gestión de recursos económicos y financieros (en concordancia con el estándar anterior), así como en los servicios que se ofrecen al ciudadano, por lo que en la definición de la estrategia se deben incorporar criterios de reducción de pérdidas.</i> <i>Para mejorar la gestión económica y financiera, se considera deseable establecer acciones para optimizar los recursos (control de inventarios, estudios de stock, aprovechamiento de espacios de almacén, optimización de consumos, etc).</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>• Sin evidencias de la incorporación de criterios de reducción de pérdidas en la definición de la estrategia.</i> <i>• Se muestran evidencias de la incorporación de criterios de reducción de pérdidas en la definición de la estrategia.</i> <i>• Se muestran evidencias de que se han incorporado criterios de reducción de pérdidas en la definición de la estrategia, así como de la ejecución de las acciones definidas.</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos de pérdidas a las que se refiere este estándar son: coste excesivo de inventario, inadecuada utilización de espacio, demoras en la atención, etc.</i> <i>Existen actas de compromisos o indicaciones explícitas en los Contratos de Gestión o documentos similares de actuaciones en relación con las recomendaciones recogidas en el Pilar de Gestión y Financiación del Plan Marco de Calidad Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura.</i>				

Descripción del estándar	Se dispone de la información pertinente de los proveedores	Código:	4.2.7	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Con el fin de garantizar la capacidad de los proveedores para suministrar productos o servicios aceptables, la organización debe disponer de aquella información necesaria sobre el producto o servicio que estos suministran así como datos del propio proveedor.				
Requisitos mínimos	Esta información debe estar recogida en papel o en bases de datos informáticas. Sería conveniente que también se dispusiera de catálogos de los proveedores para los productos / servicios que se pidan habitualmente. Esta información debe estar accesible al personal que realiza las compras. Para comprobar este estándar se verificará que se ha recopilado la información relativa a cada proveedor mediante la existencia de archivos en papel o informáticos que contenga información de cada proveedor, como mínimo: - Datos de contacto del proveedor. - Tipo/s de producto / servicio que ofrece. - Características de los productos / servicios ofertados. - Histórico de comportamiento.				
Ejemplos	La información necesaria sobre cada proveedor puede ser: tipos de productos / servicios que ofrecen, características de dichos productos / servicios, datos de contacto del proveedor, formas de pago, etc.				

Descripción del estándar	La información disponible de los proveedores incluye las condiciones comprometidas con el CSES en cuanto a especificaciones técnicas, precios y plazos	Código:	4.2.8	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Para garantizar que los productos / servicios requeridos a los proveedores son aceptables con relación a lo acordado previamente, es importante disponer de esta información (especificaciones técnicas, precios, plazos) para poder ejercer un mayor control sobre el proceso de compra. De esta manera se pueden detectar posibles incumplimientos por parte del proveedor, o incidencias que pudieran repercutir en servicios o productos disconformes. Sería deseable que junto con la información de los proveedores requerida en el punto anterior, se incluyeran los datos acordados con el proveedor como especificaciones técnicas, precios y plazos.				
Requisitos mínimos	Se muestran evidencias de que se dispone de información relativa a los proveedores sobre las condiciones comprometidas con el CSES en cuanto a especificaciones técnicas, precios y plazos, de las compras realizadas.				
Ejemplos	Especificaciones concretas en cuanto a cantidades, marcas, precios, plazos de entrega / finalización, etc. Existen especificaciones de las condiciones de la contratación administrativa que se realiza en cuanto a las compras asignadas en el capítulo de gastos corrientes, así como en los contratos de obras e inversiones. Existen en los contratos en los que sean necesarios las condiciones que se le exige al proveedor para asegurar la seguridad de pacientes y profesionales. Existen en los contratos evidencias con claridad de la ponderación de las características de la compra a realizar.				

Descripción del estándar	Se realizan inspecciones en la recepción de los productos comprados para comprobar su adecuación a los requisitos exigidos	Código:	4.2.9	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Los productos comprados deben ser inspeccionados antes de su uso para asegurarnos de que cumplen las características requeridas. Con el fin de evitar la aceptación de productos defectuosos, en mal estado, con características distintas a las exigidas (plazo de caducidades, volumen, embalaje, etiquetas identificativas, etc.), en cantidades distintas o sin cumplir especificaciones técnicas, el CSES debe inspeccionar los productos a la recepción y verificar su adecuación a los requisitos del pedido. Se considera necesario establecer la operativa a seguir en la recepción de los productos comprados, los responsables de la inspección de los productos (en función del tipo de material y el servicio / área / unidad que solicitó el producto) y los registros donde se refleje el resultado de la inspección (por ejemplo, la firma del albarán o del pedido como evidencia del cumplimiento de los requisitos exigidos).				
Requisitos mínimos	Se debe evidenciar que se realizan inspecciones de los productos comprados, mostrando los registros que reflejan el resultado de la inspección. Para el caso de compras de grandes cantidades del mismo material, se recomienda definir un criterio para calcular el tamaño de la muestra a inspeccionar, siempre teniendo en cuenta que la muestra escogida sea representativa de la totalidad de unidades, en función de la importancia del producto comprado.				
Ejemplos	Ejemplos de registros: albarán, hoja de pedido, etc., con la firma del responsable de dar la conformidad del producto / servicio.				

Descripción del estándar	El CSES se asegura de que los pagos a los proveedores se realizan tras la conformidad técnica y administrativa de los pedidos servidos	Código:	4.2.10	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Una vez inspeccionados los productos y conformes con los requisitos exigidos, se puede dar por aceptado un pedido, y el proceso se cerraría con el pago del mismo al proveedor. Para evitar el pago de productos que han sido rechazados tras la inspección a la recepción, la conformidad de los productos es un requisito para que se pueda poner en marcha el mecanismo de pagos en la caja. Por último, debe estar definida la documentación necesaria (pedidos, albaranes, documentación técnica del producto, etc.) para poder cerrar el proceso administrativamente y realizar los pagos. Por tanto, el final del proceso de la compra debe ser siempre el pago a los proveedores, para lo que antes se ha debido inspeccionar el producto a la recepción para dar su conformidad técnica, y se ha debido comprobar la conformidad administrativa del pedido servido (es decir, que la documentación asociada y las cláusulas establecidas en ese pedido estén conformes).				
Requisitos mínimos	Para poder comprobar este estándar se deberá evidenciar que el pago a proveedores se realiza siempre con fecha posterior a la de la inspección de los productos y de que los pedidos están conformes administrativamente, habiéndose cumplido con anterioridad las cláusulas establecidas. Para cada pago realizado debe presentarse evidencia del visto bueno a las tareas realizadas por parte del receptor del producto / servicio: en el albarán que deja el proveedor debe haber evidencia de conformidad y de la persona que la da el VºBº. Si se han establecido otras cláusulas en la compra (ej: formación a los trabajadores sobre el funcionamiento del equipo comprado, manual de instrucciones en español, etc.) deberán evidenciarse que todas ellas han sido cumplidas.				

Ejemplos	El albarán con las diligencias de pago incluye el visto bueno del responsable de recepción de mercancías / servicios. Existe un sistema de información donde se establece la gestión de los pagos a proveedores que se integra en la contabilidad analítica del CSES.
-----------------	---

4.3 Gestión de Edificios, Equipos y Materiales

Descripción del estándar	Se garantiza el cumplimiento de la normativa legal aplicable en cuanto a planta física, en especial en todo aquello que afecte a la seguridad de las personas	Código:	4.3.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La normativa legal aplicable en cuanto a planta física comprende requisitos de licencias de obra, autorizaciones de las distintas instalaciones y de la realización de revisiones e inspecciones periódicas de las mismas. Estos requisitos específicos (licencias, autorizaciones, revisiones, inscripciones en registro, etc.) están definidos en la normativa legal y reglamentaria particular de cada instalación (Ordenanza Municipal de Licencia de Apertura, Reglamentos para las instalaciones industriales, normativa de los equipos instalados, etc)				
Requisitos mínimos	Para cumplir este criterio se deberán identificar las instalaciones de que consta la planta (Instalaciones contra incendios, aparatos a presión, equipos electromédicos, instalaciones radiactivas, instalaciones de almacenamiento de gases, etc.), disponer de toda la normativa aplicable a dichas instalaciones y contar con las evidencias (registros) del cumplimiento de los requisitos especificados en la normativa (Revisiones e inspecciones periódicas por Organismos de Control Autorizados (OCA). Autorización de funcionamiento de la Consejería de Sanidad y Dependencia.				

Ejemplos	Estas evidencias pueden ser la Licencia de Obra, Licencia de Apertura, Inscripción en los Registros correspondientes, Autorizaciones, Actas de inspecciones periódicas y Actas de revisiones periódicas. Autorización de funcionamiento de la Consejería de Sanidad y Dependencia. Programa de Gestión de Riesgos Sanitarios que incluya la Responsabilidad por Explotación. Planes de gestión de riesgos contra incendios. Planes de evacuación de los edificios frente a situaciones de emergencias. Planes de catástrofes. Planes de obras encaminadas a mejorar los aspectos arquitectónicos que mejoran aspectos como accesibilidad o señalización de situaciones de riesgo de accidentes.
-----------------	--

Descripción del estándar	Existe un archivo específico para la documentación legal y técnica de acuerdo a la legislación vigente	Código:	4.3.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	En toda organización es fundamental la accesibilidad de los responsables de la misma al archivo específico de la documentación legal y técnica de las instalaciones y aparataje, en cuanto a la realización de reformas, inspecciones por organismos externos, etc. La documentación derivada del cumplimiento de requisitos legales debe ser archivada durante el tiempo establecido en dicha legislación, así como estar localizable y accesible para el personal de la administración que la pueda requerir.				
Requisitos mínimos	Para dar cumplimiento a este requisito debe existir un archivo de requisitos legales, que cumplan los siguientes requisitos: - debidamente controlados (que exista una ubicación establecida y un responsable del mismo), - debidamente protegidos para evitar pérdidas o daños, - fácilmente recuperables, - almacenados el tiempo legalmente establecido.				
Ejemplo	Archivo en carpetas agrupadas por Áreas, archivo electrónico, bases de datos de los planes contemplados en el estándar 4.3.1. Como ejemplo de documentación legal y técnica podemos citar: existencia de un seguro de responsabilidad civil, actas de reuniones mantenidas con instituciones o con la dirección del centro donde se hayan tratado temas de mejora en los aspectos contemplados en el estándar 4.3.1. Nota: La documentación legal y técnica se refiere al CSES en sí, y no se debe confundir con la documentación derivada de la actividad asistencial, como sería el caso de las historias clínicas, que pertenece a la subcategoría de Gestión de la Información.				

Descripción del estándar	<i>El archivo dispone de acceso restringido</i>	Código:	4.3.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una vez establecidos los archivos para la documentación legal y técnica, es importante que la misma esté protegida para que no se produzcan pérdidas o se use indebidamente.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias del establecimiento de acceso restringido en los archivos de carácter técnico y legal.</i> <i>• El acceso a los archivos de carácter técnico y legal está restringido en algunos tipos de documentos únicamente.</i> <i>• El acceso a los archivos de carácter técnico y legal está restringido para la totalidad de los mismos.</i>				
Ejemplos	<i>Para ello sería deseable contar con claves de acceso en el caso de registros informáticos o llave en el caso de archivos en papel.</i> <i>Claves de acceso a la zona física donde se encuentran los registros, como por ejemplo, las situadas en las puertas de acceso.</i> <i>Niveles de acceso a la documentación, con la definición explícita de las personas con acceso a la misma.</i> <i>Se pueden realizar entrevistas a los trabajadores para completar la información sobre el cumplimiento de este estándar.</i>				

Descripción del estándar	<i>El archivo contiene, además de la documentación legal y técnica, proyectos, requerimientos de organismos en materia de seguridad estructural, registros, autorizaciones y revisiones legales</i>	Código:	4.3.4	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una vez definido el archivo, su ubicación, responsable/s y control de acceso, es conveniente que se aproveche para incluir otros documentos relacionados con los requisitos legales.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>El archivo contiene únicamente la documentación legal y técnica.</i> <i>El archivo contiene además de la documentación legal y técnica, algunos otros requerimientos de otros organismos.</i> <i>El archivo contiene, además de la documentación legal y técnica, otros documentos como proyectos, requerimientos de otros organismos, revisiones, inspecciones, etc., y existen copias de seguridad.</i>				
Ejemplos	<i>El archivo contiene proyectos, información sobre seguridad estructural, actas de inspección y revisiones, información sobre productos almacenados, etc.</i> <i>Otros ejemplos de documentación:</i> <i>El CSES cuenta con una acreditación por agentes externos sobre los aspectos contemplados en el estándar 4.3.1.</i> <i>Existen actas de resolución de problemas arquitectónicos y estructurales del CSES contemplados en el estándar 4.3.1.</i>				

Descripción del estándar	Existen circuitos diferenciados para transporte interno de material sucio y limpio	Código:	4.3.5	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Para evitar contaminación entre materiales y productos utilizados en el CSES, que puedan llegar a afectar a la salud de los pacientes y ciudadanos, es necesario establecer circuitos distintos para el paso del material sucio y limpio dentro del mismo. Por otro lado, es necesario que el personal encargado de su transporte y almacenamiento conozca dichos circuitos para poder utilizarlos correctamente. Este estándar reviste especial interés en determinadas áreas como las de quirófano.				
Requisitos mínimos	Para comprobar este estándar se debe disponer de los planos donde se establezcan los circuitos de limpio / sucio, así como evidencias de su correcta implantación mediante la verificación in situ de que los recorridos y almacenes se corresponden con lo definido en los planos. Señalización de los circuitos de transporte de material sucio y limpio, al menos en cuartos de sucio / limpio y ascensores.				
Ejemplos	Planos con las instalaciones del centro, planta por planta, en el que se indique el circuito del material sucio desde su producción hasta los “cuartos sucios” y posterior desecho / desinfección y el circuito reservado para el material limpio desde su almacenamiento o llegada hasta su desecho. Estos planos pueden formar parte del Plan de Gestión Integral de Residuos del CSES. Señalización en acceso a cuartos y /o ascensores de sucio / limpio. Se pueden realizar entrevistas con el personal del CSES acerca de la existencia de los circuitos a los que se refiere este estándar.				

Descripción del estándar	Se dispone de los sistemas adecuados que garanticen el mantenimiento de una temperatura idónea en relación con las estaciones del año	Código:	4.3.6	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La temperatura de las instalaciones debería ser adecuada en función de las estaciones del año, y mantenerse sin fluctuaciones significativas. La temperatura de confort respetuosa con el medio ambiente, debiera aproximarse a los 22 °C en invierno y 25°C en verano.				
Requisitos mínimos	Se deben tener sistemas de climatización y renovación de aire adecuados (en las zonas críticas deberá ser siempre inferiores a 28° C para evitar la proliferación de hongos y virus) y se deben definir las temperaturas adecuadas para cada época del año, así como disponer de termostatos programables en los aparatos de refrigeración / calefacción para asegurar el mantenimiento de las temperaturas establecidas. Existen normas por escrito sobre el funcionamiento del sistema de climatización del CSES.				
Ejemplos	Objetivar estas normas en la documentación legal y técnica. Para cumplimentar información sobre este estándar se pueden realizar entrevistas, tanto al personal de mantenimiento del CSES como a los usuarios.				

Descripción del estándar	Se revisa periódicamente la adecuación de las instalaciones contra incendios y emergencias a las normas establecidas y como consecuencia se establecen planes de actuación	Código:	4.3.7	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Las instalaciones contra incendios y emergencias deben estar en correcto estado para garantizar su adecuado funcionamiento en caso de emergencias / accidentes. Por ello es necesario que se revisen periódicamente por mantenedores autorizados o personal autorizado (según lo establecido en el RD 1942/1993 por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones de protección contra incendios). La periodicidad de estas revisiones está establecida en el Apéndice II del citado Reglamento (3 meses, 6 meses, anual, cada 5 años, etc.) en función de la actividad de mantenimiento (comprobación de boquillas, comprobación de carga, accesibilidad, timbrado, etc.), del tipo de instalación (extintores de incendio, sistemas fijos de extinción, agentes extintores gaseosos, etc.), sistemas de alarma o detección de incendios; sistemas automáticos y manuales de extinción, características ignífugas del mobiliario y ropa, sectorización del edificio para contener el humo y el fuego.				
Requisitos mínimos	Deben existir los registros correspondientes a todas las actividades de mantenimiento preventivo de las instalaciones contra incendios y emergencias existentes en las instalaciones, requeridas por el Reglamento de referencia (actas de revisiones, registros de inspecciones, etc.). En el caso de que existan incumplimientos, se deberá mostrar la evidencia de la aplicación de planes de actuación.				
Ejemplos	Registros sobre las revisiones periódicas de la adecuación de las instalaciones.				

Descripción del estándar	<i>Se dispone de servicio telefónico con el exterior en la dimensión suficiente que garantice este servicio a los usuarios</i>	Código:	4.3.8	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para garantizar que el servicio telefónico con el exterior tiene la capacidad suficiente para atender a los usuarios, se debe estudiar información como las carencias detectadas en el servicio, las quejas manifestadas por los mismos.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se dispone de servicio telefónico con el exterior para los usuarios.</i> <i>Se dispone de servicio telefónico con el exterior para los usuarios.</i> <i>Se dispone de servicio telefónico con el exterior para los usuarios, en la dimensión suficiente.</i>				
Ejemplos	<i>Objetivación de cabinas telefónicas o existencia de extensiones de líneas telefónicas en las habitaciones de los pacientes.</i> <i>Entrevistas con los profesionales y usuarios.</i> <i>Se puede comprobar si la dirección ha realizado un estudio de los requerimientos de comunicación telefónica de los usuarios.</i> <i>Para valorar este criterio nos podemos basar también en las quejas obtenidas en el CSES relativas al servicio telefónico.</i>				

Descripción del estándar	Están identificadas y comunicadas, al organismo competente, las actuaciones para adecuar y mejorar las condiciones de accesibilidad al CSES	Código:	4.3.9	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El CSES debe ser accesible a los ciudadanos, identificando adecuadamente las distintas vías de entrada y las barreras arquitectónicas, tal como se define en el siguiente estándar. Esta facilidad de acceso debe ser consecuencia de una planificación de actuaciones por parte del CSES. Estas actuaciones deben comunicarse a los órganos competentes para su conocimiento y ejecución. Los organismos competentes en la materia podrían ser los Ayuntamientos, Dirección General de Carreteras, Ministerio de Obras Públicas, Diputación Provincial, etc.				
Requisitos mínimos	Para comprobar este estándar se debe evidenciar que se han identificado y planificado actuaciones con relación a la accesibilidad, y su comunicación al órgano competente para su implantación (registros de comunicaciones a organismos). Además, deberá poder demostrarse la existencia de un responsable de dicha identificación y comunicación al organismo competente.				
Ejemplos	Indicaciones de acceso, llegada a partir de transporte público, iluminación exterior del centro, disponibilidad de aparcamientos, etc.				

Descripción del estándar	Están identificadas las barreras arquitectónicas y existe un plan para su minimización	Código:	4.3.10	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Se trata de mejorar las condiciones de accesibilidad para los pacientes y familiares, tal como se indicaba en el estándar anterior, en particular aquellos que, por sus condiciones de salud, tengan limitada su capacidad de movimiento. Los usuarios de los CSES, en muchos casos pueden tener movilidad reducida y dificultades para acceder a las distintas instalaciones. Es por ello que en la gestión de las infraestructuras deberá ser un principio básico la eliminación de las barreras arquitectónicas, identificando las barreras existentes en la actualidad y planificando su progresiva eliminación.				
Requisitos mínimos	Se han identificado las barreras arquitectónicas según lo dispuesto en la Ley 8/1997 de Promoción de Accesibilidad en Extremadura (Sección Primera del Título II, Capítulo II) y se ha establecido un plan para su progresiva eliminación.				
Ejemplos	Se consideran barreras arquitectónicas los bordillos, escaleras, puertas y pasos estrechos, etc. Existe un Plan de mejora, con los objetivos de eliminación, minimización, señalización, etc., de barreras arquitectónicas que dificulten la accesibilidad a los usuarios. Como evidencias documentales se pueden revisar actas de reuniones mantenidas en las que se hayan tratado temas de mejora de accesibilidad, con identificación de barreras arquitectónicas y planificación de su minimización.				

Descripción del estándar	El CSES dispone de al menos otro elemento alternativo accesible de comunicación vertical a las escaleras	Código:	4.3.11	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El decreto 8/2003 por el que se aprueba el reglamento de la Ley de promoción de la accesibilidad en Extremadura expone, en su capítulo II, sobre las barreras arquitectónicas en la edificación, que, las escaleras se deben complementar con al menos otro elemento alternativo accesible de comunicación vertical, bien sea una rampa, ascensor u otros mecanismos de elevación vertical. La cadena de accesibilidad en cuanto al desplazamiento físico de las personas dentro del CSES debe producirse de forma continua y sin rupturas, es decir, el recorrido a realizar debe ser accesible de principio a fin. Si uno de los "eslabones" de la cadena falla, es imposible realizar el recorrido de forma completa y por tanto, tiene el efecto de limitar o disuadir el desplazamiento completo a lo largo de la cadena (Plan Nacional de Accesibilidad 2004- 2012). La movilidad vertical en edificios suele ser uno de los principales problemas para las personas con discapacidad, especialmente aquellas que tienen una movilidad reducida. Las escaleras y las rampas son elementos utilizados para superar este obstáculo, pero estos han de estar contruidos de forma adecuada para ser válidos. Es conveniente que las rampas se coloquen al lado de las escaleras, con las dimensiones, señalización y pendientes adecuadas. En aquellos edificios que tengan más de una planta, es conveniente que tengan ascensores, pero estos deben cumplir una serie de requisitos que hagan accesible y seguro su uso.				

Requisitos mínimos	Debe existir al menos un elemento alternativo a las escaleras en cuanto a comunicación vertical. En edificios de nueva planta, cuando haya que relacionar verticalmente tres o más alturas en un mismo núcleo de comunicación, el elemento alternativo será en todo caso el ascensor accesible. Cuando haya que relacionar verticalmente seis o más alturas en un mismo núcleo de comunicación se dispondrá de dos ascensores accesibles. En obras de ampliación, rehabilitación o reforma podrán instalarse otros mecanismos de elevación cuando se justifique su necesidad, la imposibilidad técnica de instalación del ascensor o el coste desmesurado de éste, siempre que no se supere los 12 m de altura.
Ejemplos	Existencia de rampas o ascensores.

Descripción del estándar	<i>Existe un Plan de Mantenimiento y Conservación de edificios y materiales</i>	Código:	4.3.12	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Se trata de gestionar el mantenimiento preventivo y el uso de los edificios y materiales para mejorar el rendimiento total de su ciclo de vida. De este modo no sólo se estará realizando una gestión adecuada de los recursos, sino que a su vez se evitan eventos adversos derivados del envejecimiento y deterioro de las estructuras de los edificios y de los materiales.</i> <i>El estándar se refiere a la existencia de una planificación de acuerdo a las necesidades detectadas en los edificios y materiales, con unos objetivos concretos e indicadores de cumplimiento de los mismos.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No existe un Plan de Mantenimiento y Conservación de edificios y materiales.</i> <i>Existe un Plan de Mantenimiento y Conservación de edificios y materiales.</i> <i>El Plan de Mantenimiento y Conservación se evalúa con una periodicidad establecida.</i>				
Ejemplos	<i>Existencia del Plan de Mantenimiento y Conservación de edificios y materiales, debidamente documentado.</i>				

Descripción del estándar	<i>En el Plan de Mantenimiento y Conservación de edificios y materiales están incorporadas las condiciones de accesibilidad</i>	Código:	4.3.13	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Con el objeto de prestar igual servicio a todos los ciudadanos, independientemente de las limitaciones funcionales de cada uno de ellos, es conveniente tener siempre presente la eliminación de barreras, especialmente en los edificios ya construidos, en los que el abordaje de determinadas mejoras pasa por la planificación del mantenimiento y conservación.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se incorporan las condiciones de accesibilidad al Plan de Mantenimiento y Conservación de edificios y materiales.</i> <i>Se incorporan las condiciones de accesibilidad al Plan de Mantenimiento y Conservación de edificios y materiales.</i> <i>Se incorporan de forma sistemática las condiciones de accesibilidad al Plan de Mantenimiento y Conservación de edificios y materiales.</i>				
Ejemplos	<i>Se puede objetivar dicho Plan de Mantenimiento y Conservación de edificios y materiales, debidamente documentado, en el que se encuentren incorporadas las condiciones de accesibilidad.</i>				

Descripción del estándar	Está garantizada la continuidad de suministro de agua en las zonas críticas	Código:	4.3.14	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La necesidad de agua en las instalaciones del CSES es fundamental, y especialmente en las zonas críticas, que a su vez deben estar perfectamente definidas. Se entiende como Zona crítica: Urgencias, UCI y Quirófanos (incluyendo Cirugía Mayor Ambulatoria CMA). La continuidad debe asegurarse doblemente: - mediante el establecimiento de sistemas alternativos que garantice el abastecimiento de la red. - mediante almacenamiento de agua que garantice el suministro en caso de fallos de la red.				
Requisitos mínimos	Debe existir en el CSES almacenamiento/s de agua para cubrir la continuidad del suministro con capacidad suficiente. Debe existir un sistema alternativo de emergencia que facilite el abastecimiento de agua a las zonas críticas ante eventuales fallos de la red principal del CSES.				
Ejemplos	El CSES debe poder garantizar la continuidad de suministro de agua, por ejemplo, mediante depósitos que tengan capacidad suficiente dependiendo del tamaño del centro, teniendo doble acometida con posibilidad de by-pass, grupos electrógenos para la alimentación de la/s bomba/s de agua, etc. El CSES debe poder garantizar la continuidad de suministro de agua mediante aljibes o depósitos que tengan capacidad suficiente, dependiendo del tamaño del centro en condiciones de salubridad adecuadas. Existen revisiones periódicas de la calidad en el funcionamiento de estos sistemas alternativos. Existen programas de revisión de los conductos de agua realizados por el personal de mantenimiento del centro para la comprobación de pérdidas o fugas.				

Descripción del estándar	Está garantizada la continuidad de suministro de energía eléctrica en las zonas críticas y en la iluminación y señalización de emergencia	Código:	4.3.15	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La necesidad de energía eléctrica en las instalaciones del CSES es fundamental, para el uso de la mayoría de equipos que afectan al servicio prestado en el CSES y para el correcto funcionamiento de los servicios auxiliares.				
Requisitos mínimos	Deben existir fuentes alternativas de suministro de electricidad, como grupos electrógenos que generen electricidad en el caso de caída de la red general, SAI (Sistema de Alimentación Ininterrumpida), Central de Cogeneración propia, etc., que garanticen la generación y el suministro eléctrico en cantidad suficiente para asegurar que el servicio prestado por el CSES no se ve afectado.				
Ejemplos	Existencia de puntos de red de SAI. Evidencias de revisiones del CSES que los aparatos críticos están enchufados a los puntos de red del SAI. Existen revisiones periódicas por el personal de mantenimiento del SAI.				

Descripción del estándar	Se ha elaborado un protocolo de actuación ante catástrofes internas y/o externas que éste coordinado con los servicios externos procedentes	Código:	4.3.16	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Además de disponer de los medios humanos y técnicos suficientes, como se describía en el estándar 3.1.14, y de tener un sistema de información a trabajadores y usuarios sobre las actuaciones a seguir en caso de catástrofes internas y/o externas, como se definía en el estándar 3.2.2, se debe tener elaborado un protocolo de actuación de acuerdo a la normativa vigente, referente a las situaciones de catástrofes, que a su vez esté coordinado con los servicios externos procedentes. Este protocolo puede formar parte a su vez de la Política de Gestión de Riesgos definida en el estándar 2.1.13, y de la Prevención de Riesgos Laborales definida en el estándar 2.1.15. En el caso de catástrofes, es fundamental el papel de otros servicios externos como Protección Civil, Bomberos, Servicios del Municipio, Cruz Roja, etc., dentro de la ayuda que pueden prestar para resolver o minimizar el conflicto existente. Las tareas de cada uno de los implicados en las actuaciones ante catástrofes deben estar coordinadas de manera que no existan esfuerzos duplicados y que la situación se gestione lo más eficazmente posible.				
Requisitos mínimos	El protocolo debe contener las directrices y operativas de coordinación con los servicios externos procedentes (Bomberos, Protección Civil, Ayuntamiento, Servicios de Urgencias Sanitarias, Servicios Municipales, etc.) y debe cumplir los requisitos establecidos en la normativa vigente al respecto.				
Ejemplos	Documento del protocolo de actuación ante catástrofes.				

Descripción del estándar	Existe un procedimiento para la actuación en caso de emergencia, incluyendo la asignación de responsabilidades específicas asociadas	Código:	4.3.17	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	En los CSES, en función de los servicios que preste y los productos que almacene en sus instalaciones, existen situaciones susceptibles de producir daños a los usuarios, al personal del centro o al medio ambiente, que requieren planes de emergencia. Además de disponer de los medios humanos y técnicos suficientes para actuar en caso de catástrofes internas y/o externas, como se señala en el estándar 3.1.14, en el caso de que ocurra algún accidente de este tipo, es importante que se tengan establecidos los procedimientos de actuación para cada emergencia, incluyendo los responsables de las distintas acciones a realizar. Complementariamente, se debe tener establecido un sistema de información a trabajadores y usuarios, donde estén reflejadas las actuaciones a seguir en caso de catástrofes internas y/o externas, como se indica en el estándar 3.2.2.				
Requisitos mínimos	Existirá un programa de formación y orientación que incluya sus funciones y responsabilidades específicas, las capacidades requeridas, los sistemas de comunicación de apoyo, el aprovisionamiento y equipo utilizables durante las emergencias y las medidas de actuación. El adiestramiento del personal para un comportamiento adecuado ante este tipo de situaciones requiere la realización de simulacros periódicos reproduciendo las características de las potenciales situaciones catastróficas.				

Ejemplos	Estas emergencias pueden ser incendios, explosiones, derrumbes, fugas de productos peligrosos de sus tanques de almacenamiento (gasoil, gasolina, propano, óxido de etileno, nitrógeno, etc.), vertidos accidentales a la red de saneamiento de productos peligrosos, derrames de residuos peligrosos, escape de gas refrigerante, etc. El CSES tiene elaborado un procedimiento en el que, en caso de emergencia, están asignadas las responsabilidades de evacuación de enfermos, realización de primeros auxilios, utilización de extintores, desconexión de energía eléctrica, alejamiento de materiales o gases inflamables, etc. hasta la llegada de las unidades de bomberos y protección civil.
-----------------	---

Descripción del estándar	Se han habilitado las correspondientes zonas específicas y señaladas para su acceso en caso de emergencia	Código:	4.3.18	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Continuando con lo descrito en el estándar anterior, y complementariamente a lo señalado en los estándares referidos en relación al mismo (3.1.14, 3.2.2 y 4.3.16), es necesario que las zonas de acceso y evacuación de personas estén identificadas para su fácil visualización en las situaciones de emergencia.				
Requisitos mínimos	Estas zonas (puertas de salida, vías de evacuación, puntos de encuentro y de reunión) deberían estar identificadas en croquis o planos dentro del Plan de Emergencia, así como estar señalizadas in situ (pasillos, puertas y vías de evacuación, así como escaleras de incendio), según lo dispuesto en el RD 485/1997, Disposiciones Mínimas en Materia de Señalización de Seguridad y Salud en el Trabajo.				
Ejemplos	Se pueden ver planos o croquis con las vías de evacuación y acceso definidas, así como la identificación de dichas vías en la propia planta (carteles identificativos en las puertas y vías de acceso y evacuación). Así mismo, se pueden objetivar dichas salidas de emergencia y su viabilidad en caso de ser necesarias.				

Descripción del estándar	Para los productos químicos cuya utilización suponga riesgos para las personas, existen y se aplican procedimientos para su uso adecuado y la obligatoriedad del registro y archivo de la documentación legal asociada	Código:	4.3.19	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El almacenamiento y manipulación de productos químicos puede suponer riesgos para las personas y el medio ambiente, de manera que existen pautas de manejo para cada producto en función de su peligrosidad. Por otro lado, el almacenamiento y manipulación de algunos productos químicos está regulado legalmente (Real Decreto 379/2001, de 6 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de almacenamiento de productos químicos y sus instrucciones técnicas complementarias MIE APQ-1 "Almacenamiento de líquidos inflamables y combustibles", MIE APQ-2 "Almacenamiento de óxido de etileno", MIE APQ-3 "Almacenamiento de cloro", MIE APQ-4 "Almacenamiento de amoníaco anhidro", MIE APQ-5 "Almacenamiento de botellas y botellones de gases comprimidos licuados y disueltos a presión", MIE APQ-6 "Almacenamiento de líquidos corrosivos", y MIE APQ-7 "Almacenamiento de líquidos tóxicos"; Real Decreto 2085/94, de 20 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones Petrolíferas; Real Decreto 1523/99, de 1 de octubre, por el que se modifica el Reglamento de Instalaciones Petrolíferas y las Instrucciones Técnicas Complementarias MI-IP-03, "Instalaciones Petrolíferas para uso propio"; Real Decreto 484/88, de 20 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de aparatos que utilizan gas como combustible; Orden de 29 de enero de 1986, por la que se aprueba el Reglamento de Instalaciones de almacenamiento de Gases Licuados del Petróleo (GLP)), (generalmente a partir de unas cantidades determinadas), estableciendo en algunos casos la obligatoriedad de registrar su almacenamiento, realizar inspecciones de su estado, y tener autorización de los mismos. En estos casos se exige que dichos registros legales estén disponibles y archivados correctamente.				
Requisitos mínimos	Con respecto a los registros legales relacionados con los productos químicos, se comprobará la existencia de los registros requeridos en la legislación de referencia.				

Ejemplos	Registros requeridos en la legislación de referencia: autorización de las instalaciones, revisiones periódicas, inscripción en registros, etc. Programas de formación realizados por personal del centro sobre prevención de estos riesgos y reciclajes. Objetivar documentación sobre los Procedimientos referentes al uso de productos químicos y registro y archivo de la documentación legal asociada, es decir , de las fichas técnicas de seguridad de los productos químicos utilizados.
-----------------	--

Descripción del estándar	<i>Existen procedimientos específicos de actuación que aseguran la calidad del aire en las dependencias del CSES en las que así se requiera</i>	Código:	4.3.20	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La organización asegura una planificación de los trabajos de mantenimiento y control de calidad de los parámetros significativos que garanticen el buen estado de las instalaciones de ventilación y climatización, salubridad, eficacia y eficiencia energética, mejorando la durabilidad y evaluando los costes asociados, y consiguiendo un adecuado grado de confort y seguridad para pacientes, familiares, visitas y profesionales.</i> <i>El aire en determinadas dependencias debe estar libre de agentes que puedan producir infecciones o contaminaciones en los pacientes y trabajadores. Por tanto, la vigilancia de la calidad del aire en estas salas, como pueden ser los quirófanos y UCI, debe ser realizada de manera sistemática.</i> <i>La operativa seguida para la desinfección de las dependencias que lo requieran debe quedar establecida en forma de procedimiento, de manera que el modo de efectuarlo esté estandarizado y se conozcan las actividades a realizar y la responsabilidad de las mismas.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No existe procedimiento para el mantenimiento de la calidad del aire en las dependencias que lo requieran.</i> <i>Existe procedimiento para asegurar la calidad del aire en las dependencias que así lo requieran.</i> <i>Existe procedimiento para asegurar de manera sistemática la calidad del aire en todas las dependencias, y este procedimiento está debidamente documentado.</i>				
Ejemplos	<i>Procedimientos de mantenimiento de las instalaciones de refrigeración; cambios periódicos de los filtros de seguridad; toma de muestras de los conductos del aire acondicionado para detectar legionella u otros gérmenes de transmisión aérea, detección de productos contaminantes, etc., que puede ser realizado por personal interno o subcontrata.</i>				

Descripción del estándar	<i>El CSES garantiza que los pacientes reciban una alimentación adecuada a su estado clínico y religión</i>	Código:	4.3.21	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La elaboración de la dieta de los pacientes acorde con su estado clínico, se configura como una parte más del tratamiento a recibir de los mismos. Una vez garantizada esta premisa el CSES debería considerar aquellos aspectos, como los religiosos, que pueden introducir condicionantes.</i> <i>La organización debería identificar, en función de la tipología y origen de los pacientes, aquellos alimentos y condiciones de suministro que sean compatibles con los distintos preceptos religiosos. Estos requerimientos deberían incorporarse a las especificaciones de compras y a la selección de proveedores, y asegurar la disponibilidad de estos alimentos en función de las previsiones.</i> <i>Para asegurar que los pacientes reciben una alimentación adecuada a su estado clínico y/o religión, debe establecerse la sistemática para identificar y trasladar la información sobre el paciente, a partir de la historia clínica y órdenes de tratamiento, a cocina para la elaboración de dietas. Además deberá verificarse antes de su entrega, que la alimentación que se sirve a cada paciente se ajusta a las limitaciones o restricciones identificadas.</i> <i>Así mismo las compras y aprovisionamientos del CSES incluirán partidas destinadas a alimentos que se adecuen a esta tipología.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Se dispone de evidencias de la identificación de los posibles condicionantes de la dieta en función del estado clínico pero no de los religiosos. La información disponible es tomada en cuenta en la elaboración de las dietas por cocina. Se encuentra establecido un procedimiento para la verificación de que la alimentación recibida por el paciente es conforme a los requisitos establecidos.</i> <i>Se dispone de evidencias de la identificación de los posibles condicionantes de la dieta en función del estado clínico y la religión. La información disponible es tomada en cuenta en la elaboración de las dietas por cocina. Se encuentra establecido un procedimiento para la verificación de que la alimentación recibida por el paciente es conforme a los requisitos establecidos, pero en las compras y selección de proveedores no se incluyen partidas detalladas para alimentos</i>				

	<i>procesados específicamente según las creencias religiosas.</i> • <i>Se dispone de evidencias de la identificación de los posibles condicionantes de la dieta en función del estado clínico y la religión. La información disponible es tomada en cuenta en la elaboración de las dietas por cocina. Se encuentra establecido un procedimiento para la verificación de que la alimentación recibida por el paciente es conforme a los requisitos establecidos, y en las compras y selección de proveedores se incluyen partidas detalladas para alimentos procesados específicamente según las creencias religiosas.</i> <i>Este estándar es eximible en centros sin internamiento.</i>
Ejemplos	<i>Que el alimento de origen animal proceda de mataderos que tengan en cuenta consideraciones religiosas en sus procedimientos; comidas sin carne en cuaresma para aquellos pacientes que así lo soliciten, comidas para pacientes con alergias o intolerancias, etc.</i> <i>Deben poderse mostrar evidencias de la identificación de la información sobre el paciente necesaria para la elaboración de la dieta (estado clínico y religión), de la consideración por parte de compras y aprovisionamientos acerca de la disponibilidad de alimentos adecuados a los estados clínicos de los pacientes y compatibles con su religión, de la comunicación de esta información a cocina y de la verificación de la dieta respecto a las limitaciones establecidas antes de su entrega al paciente.</i>

Descripción del estándar	Se dispone de los medios (propios o subcontractados) para el transporte de personas en las condiciones adecuadas desde o hacia otros CSES, según proceda	Código:	4.3.22	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Los medios de transporte de personas desde o hacia otros CSES deben ser los apropiados para garantizar un buen servicio por parte del centro. Los medios de transporte, tanto propios como subcontractados, deben disponerse en número adecuado para asegurar que los pacientes y acompañantes que los necesitan disponen de este servicio.				
Requisitos mínimos	Para comprobar este criterio el CSES debe evidenciar el análisis de necesidad y la respuesta con medios de transporte (propios o subcontractados) con capacidad suficiente para cubrir esa necesidad.				
Ejemplos	Estudio del número mínimo de medios para transporte de personas, y evidencias de que se disponen de ellos. Evaluaciones realizadas sobre la adecuación de los medios de transporte a las necesidades existentes en la materia. Estudios de la Mesa de Transporte del Área y de la Comunidad Autónoma.				

Descripción del estándar	Existen zonas de estacionamiento para vehículos especiales (minusválidos, ambulancias, etc.)	Código:	4.3.23	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Para permitir y facilitar el acceso a las instalaciones de aquellos usuarios que llegan en ambulancia o bien tienen alguna minusvalía deben existir zonas que permitan el estacionamiento de estos vehículos especiales. Estas zonas deberán estar localizadas en la zona próxima a la recepción de pacientes y estar señalizadas.				
Requisitos mínimos	La superficie destinada a zona de estacionamiento de ambulancias deberá ser suficiente en función del número de usuarios del servicio de transporte de urgencia. Se reservarán plazas de aparcamiento para minusválidos en número proporcional a la capacidad del mismo (según lo dispuesto en el Art. 33 de la Ley 8/1997 de Promoción de Accesibilidad en Extremadura se deben reservar 1 de cada 40 plazas o fracción). Dichas plazas de aparcamiento serán aquellas que se encuentren más cercanas y con mejor acceso a la zona de recepción.				
Ejemplos	Constatación de la existencia de zonas de estacionamiento para vehículos especiales.				

Descripción del estándar	Se dispone de medios físicos para separar pacientes en función de su estado clínico para preservar la intimidad y sensibilidad de pacientes y usuarios.	Código:	4.3.24	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Deben separarse los pacientes en función de su estado clínico y del tratamiento que puedan estar recibiendo a fin de preservar su intimidad, sensibilidad y la del resto de usuarios. La organización debe disponer de medios físicos adecuados para ello.				
Requisitos mínimos	Para comprobar este estándar deben poderse mostrar evidencias de la identificación de los grupos de pacientes cuyo estado clínico aconseja la separación del resto de enfermos por razones de intimidad y sensibilidad, así como la disponibilidad de salas, habitaciones y/o medios alternativos en número suficiente en función de la capacidad y número de camas del centro.				
Ejemplos	En habitaciones, salas de exploración o de observación compartidas, deberá haber puertas correderas fijas, paneles móviles, biombos, cortinas o similar para preservar la intimidad de los pacientes. Circulares internas donde se den órdenes al respecto, como por ejemplo el facilitar aislamiento de los pacientes terminales para respetar su intimidad y ambiente sosegado. Habitaciones compartidas por pacientes del mismo sexo. Se debe comprobar de visu en lugares como urgencias, reanimación, despertar, UCI, salas de espera de pruebas diagnósticas, donde puede haber enfermos con situación delicada que necesiten mayor intimidad, etc. Entrevistas al personal y a los pacientes.				

Descripción del estándar	En los aseos de personal, de usuarios y de pacientes se dispone de los artículos de higiene personal y lencería adecuados	Código:	4.3.25	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La organización deberá determinar la dotación mínima de artículos de higiene personal y lencería que deben tener los aseos de personal, pacientes y usuarios. La organización deberá establecer la frecuencia de revisión y reposición de dichos artículos para asegurar la disponibilidad de los mismos en todo momento.				
Requisitos mínimos	Se debe tener definida la dotación mínima de artículos que deben estar disponibles en los aseos, así como la frecuencia de revisión y reposición de los mismos (que dependerá del número de usuarios) o bien, del consumo objetivado en un determinado periodo. Los artículos disponibles en los aseos deben incluir, como mínimo, jabón dermatológico, papel higiénico y toallas desechables (éstas podrán ser sustituidas por seca-manos eléctrico). Deberá comprobarse que la frecuencia de reposición establecida es suficiente para asegurar su disponibilidad.				
Ejemplos	Se verificará, in situ y en distintos momentos del día, que los aseos cuentan con los artículos mínimos definidos; se comprobará así mismo que no existen quejas al respecto.				

Descripción del estándar	<i>En las zonas de atención al paciente existe el mobiliario y equipamiento adecuado</i>	Código:	4.3.26	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Este equipamiento incluirá el mobiliario necesario para la atención del paciente en condiciones de funcionalidad, comodidad, confort e intimidad, y que además de cubrir las necesidades médicas en cuidados para el paciente, facilite las labores del personal que lo atiende.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> • <i>La organización no ha identificado el mobiliario y equipamiento necesario en las zonas de atención al paciente.</i> • <i>La organización ha identificado el mobiliario y equipamiento necesario en las zonas de atención al paciente, y ha definido las características idóneas del mismo.</i> • <i>La organización ha identificado e instalado el mobiliario y equipamiento necesario en todas las zonas de atención al paciente, habiendo verificado la idoneidad del mismo.</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos de equipamiento y mobiliario son: asientos, camillas, mesas, biombos o paneles móviles, estantes fijos o móviles, armarios de seguridad, refrigeradores para conservación de medicamentos y productos farmacéuticos, recipientes para almacenamiento de material estéril, entre otros.</i> <i>Se pueden objetivar de visu, o ver las partidas presupuestarias (o especificaciones de compra) referidas al mobiliario y equipamiento de las zonas de atención al paciente.</i> <i>Entrevistas al personal / pacientes.</i>				

Descripción del estándar	<i>El mobiliario de las zonas de atención al paciente tiene en cuenta aspectos ergonómicos y de facilidad de movimientos</i>	Código:	4.3.27	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La organización debe definir las características ergonómicas que debe reunir el mobiliario utilizado en las distintas zonas de atención al paciente en función de su estado clínico y de sus posibles limitaciones. Los aspectos ergonómicos deben ser considerados en las especificaciones de compra.</i> <i>Tanto el mobiliario como la disposición del mismo en las zonas de atención al paciente deben permitir la facilidad de movimientos. La organización debe poder demostrar que existen criterios definidos para la disposición del mobiliario (por ejemplo, situación del mobiliario respecto a otros equipamientos, espacio libre mínimo entre mobiliario).</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>La organización no ha definido las características ergonómicas que debe reunir el mobiliario utilizado en las distintas zonas de atención al paciente en función de su estado clínico y de sus posibles limitaciones o bien las ha definido pero no existen evidencias de que dichos criterios hayan sido incorporados a las especificaciones de compra.</i> <i>La organización ha definido las características ergonómicas que debe reunir el mobiliario utilizado en las distintas zonas de atención al paciente, se dispone de evidencias de que dichos criterios han sido incorporados a los criterios de compra y se han definido los criterios relativos a la disposición del mobiliario para permitir la facilidad de movimientos. Se detectan algunas zonas dónde el mobiliario y su disposición no cumplen los requisitos establecidos.</i> <i>La organización ha definido las características ergonómicas que debe reunir el mobiliario y su disposición en las distintas zonas de atención al paciente. Se evidencia que todas las estancias de atención al paciente cumplen los requisitos establecidos.</i>				
Ejemplos	<i>Asientos y camillas reclinables y regulables en altura, brazos y barras fijas de apoyo, sillones de acompañantes, taquillas, mesillas, camas regulables en altura y trendelembur, bien manuales o eléctricas, etc.</i> <i>Se pueden objetivar de visu, o ver las partidas presupuestarias (o especificaciones de compra) referidas al mobiliario y equipamiento de las zonas de atención al paciente.</i> <i>Entrevistas al personal / pacientes.</i> <i>Comprobar distribución adecuada del mobiliario, que permita espacio libre mínimo entre él.</i>				

Descripción del estándar	<i>En las zonas de espera y descanso existe el mobiliario y equipamiento adecuado a la actividad</i>	Código:	4.3.28	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Las zonas de espera y descanso deben contar con equipamiento adecuado para el número de personas a las cuales se prevé atender. La organización debe estimar dichas necesidades e implementarlas.</i> <i>En aquellas zonas donde por las características del servicio se prevén tiempos de espera largos (superiores a 2 horas), sería deseable incorporar elementos para la distracción de los usuarios (televisión, periódicos) y máquinas dispensadoras de bebidas.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>La organización ha dispuesto asientos en las zonas de espera y descanso, si bien estos no se demuestran suficientes (no se han estimado los necesarios y / o existen quejas al respecto).</i> <i>La organización ha estimado las necesidades en cuanto al número de asientos suficientes en las zonas de espera y descanso y los ha implementado. No existen quejas al respecto.</i> <i>En aquellas zonas donde el tiempo de espera previsible es largo (superior a 2 horas) además de asientos en número suficiente se dispone de otros elementos tales como televisión, periódicos, mesitas y / o máquinas dispensadoras de bebidas.</i>				
Ejemplos	<i>Se pueden objetivar de visu la existencia de asientos en número suficiente, mesas, maquinas dispensadoras de bebidas, etc.</i> <i>Entrevistas a usuarios.</i>				

Descripción del estándar	<i>El mobiliario de las zonas de espera y descanso tiene en cuenta aspectos ergonómicos y de facilidad de movimientos</i>	Código:	4.3. 29	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La organización debe identificar las características que debe reunir el mobiliario dispuesto en las zonas de espera y descanso en cuanto a ergonomía y facilidad de movimientos, de acuerdo a las características de los pacientes y usuarios.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>La organización no ha definido las características ergonómicas que debe reunir el mobiliario utilizado en las zonas de espera y descanso.</i> <i>La organización ha definido las características ergonómicas que debe reunir el mobiliario utilizado en las distintas zonas de espera y descanso, se dispone de evidencias de que dichos criterios han sido incorporados a las compras y se han definido los criterios relativos a la disposición del mobiliario para permitir la facilidad de movimientos. Se detectan algunas zonas dónde el mobiliario y su disposición no cumplen los requisitos establecidos.</i> <i>La organización ha definido las características ergonómicas que debe reunir el mobiliario y su disposición en las distintas zonas de espera y descanso, teniendo en cuenta que permita la facilidad de movimientos y la accesibilidad a las zonas de atención de paciente. Se evidencia que todas las zonas de espera y descanso cumplen los requisitos establecidos.</i>				
Ejemplos	<i>Asientos que se pongan a disposición de los usuarios y pacientes que no tengan especiales limitaciones en cuanto a movilidad o estado clínico, espacio necesario para la ubicación de sillas de ruedas, camillas y otros medios de transporte interno de pacientes.</i> <i>Mobiliario que permita la facilidad de movimientos de los usuarios y la accesibilidad a las zonas de espera y descanso; espacio libre entre asientos y otro mobiliario de forma que permitan el paso de sillas de rueda o, camillas.</i> <i>Existencia de actas de acometer la renovación del mobiliario con una periodicidad suficiente para que los lugares de espera sean agradables en cuanto al entorno.</i>				

Descripción del estándar	La iluminación ofrecida a pacientes, usuarios y profesionales es adecuada a la actividad desarrollada	Código:	4.3.30	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La organización debe identificar las condiciones ambientales de iluminación que son necesarias tanto en las zonas de atención a pacientes como en zonas de espera y descanso y otros lugares de trabajo donde se lleva a cabo la prestación de servicios auxiliares (administrativos, cocinas, lavandería, etc.), para el desarrollo de las actividades en condiciones de seguridad y confort. La iluminación utilizada (tipo de luminaria, potencia, y distribución de las mismas) debe calcularse de acuerdo a las condiciones identificadas. Por ejemplo, los niveles de iluminación serán más exigentes en zona de quirófanos que otras zonas como lavanderías, o zonas de espera o descanso.				
Requisitos mínimos	Para comprobar este estándar deberán mostrarse evidencias de las condiciones de iluminación necesarias en cada estancia, en función de las actividades que allí se desarrollan, de acuerdo, en su caso, a la normativa que sea de aplicación (Anexo IV del RD 486/1997 Disposiciones Mínimas de Seguridad y Salud en los Lugares de Trabajo). Así mismo deberán mostrarse evidencias (a través de medidas directas o bien de los cálculos asociados los proyectos de iluminación de cada estancia) de que los niveles de iluminación en cada zona corresponden con los requisitos identificados.				
Ejemplos	Existencia de evaluaciones por parte de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de los Lux de cada uno de los espacios con una medida de los riesgos de estos y los planes de actuación acometidos en función de estos informes. Entrevistas a personal de mantenimiento propio o concertado. Evidenciar los informes técnicos al respecto del personal competente.				

Descripción del estándar	<i>Se aplican acciones para minimizar el nivel de ruidos</i>	Código:	4.3.31	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>En primer lugar, la organización debe identificar las fuentes de ruidos causantes de molestias a pacientes, usuarios y profesionales. Una vez identificados estos focos, la organización deberá identificar cuales son las medidas más adecuadas para minimizarlos; de forma general implicará aislar acústicamente la fuente emisora o bien alejar la fuente emisora del receptor. La legislación aplicable es la Ley 37/2003 del Ruido, el R.D. 1367/2007, de 19 de octubre por el que se desarrolla la Ley y el Decreto 19/1997 Reglamento de Ruido y Vibraciones de la Junta de Extremadura.</i>				
Requisitos mínimos	<i>La organización debería comprobar, mediante mediciones el nivel de ruido interior y de los niveles de emisión al exterior que no deberán superar a los fijados en el Anexo II tabla B y C del R.D. 1367/2007.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>• La organización no ha identificado las fuentes de ruidos, ni ha tomado medidas para minimizar los niveles de ruido interior y al exterior.</i> <i>• La organización ha identificado las fuentes de ruidos y ha adoptado algunas medidas, si bien estas no han sido suficientes (se ha recibido alguna queja).</i> <i>• La organización ha identificado las fuentes de ruidos y se han tomado medidas de minimización de ruidos; se realizan mediciones periódicas para comprobar los niveles de ruido.</i>				

Ejemplos	<i>Fuentes de ruido: los propios usuarios, ciertas instalaciones fijas (salas de máquinas, generadores, compresores, etc.), ruido exterior causado por el tráfico y afluencia de usuarios.</i> <i>Medidas a adoptar: limitaciones en el número de visitantes en un periodo, horario de visitas limitado, recordatorios de la obligación de guardar silencio, aislamiento acústico del exterior (doble acristalamiento de ventanas), aislamiento de los recintos con elementos ruidosos (sala de máquinas, por ejemplo), ubicar las zonas de cafetería alejadas de las zonas de atención de pacientes, aislar zonas de atención de pacientes de zonas comunes mediante barreras físicas (puertas y tramos de pasillo).</i> <i>Existen mediciones por parte de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales sobre el ruido en decibelios y la repercusión sobre la salud de los trabajadores u ocupantes, planes de mejora en la insonorización de las salas, etc.</i>
-----------------	---

Descripción del estándar	Se garantiza en todas las instalaciones del CSES un entorno libre de humos	Código:	4.3.32	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Para garantizar un entorno libre de humos en todas las instalaciones del CSES, la organización debería señalar todas las estancias con la prohibición de fumar, no disponer de ceniceros en las instalaciones, y vigilar por parte del personal responsable que se respeta esta prohibición. Por otro lado, la zona de espera puede incorporar mesas con información acerca de la prohibición de fumar, los daños producidos por el tabaco al fumador y a terceros, frases de sensibilización, etc.				
Requisitos mínimos	Para comprobar este estándar se deberá evidenciar que se han instalado señalizaciones sobre la Prohibición de Fumar, que se han identificado medidas para garantizar dicha prohibición, y comprobar in situ que realmente las instalaciones están libres de humos.				
Ejemplos	Señalizaciones, no disposición de ceniceros en las instalaciones, evidencias de las actuaciones desarrolladas en el CSES, como instrucciones a guardias de seguridad, celadores, etc., dentro de un plan de entorno libre de humos. Este estándar es objetivable de visu en las instalaciones del CSES. Objetivar reclamaciones al respecto.				

Descripción del estándar	Se dispone de un inventario anual de las existencias en los almacenes centrales y / o periféricos	Código:	4.3.33	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Con el fin de controlar las existencias disponibles para el CSES, evitar la existencia de productos caducados o en mal estado en los almacenes, la falta de productos en el momento de ser necesitados y controlar las salidas de los almacenes, se considera necesario realizar un inventario anual de las existencias. El inventario consiste en contar las existencias que se encuentran en el almacén para cada tipo de producto, las cuales se deberán planificar anualmente.				
Requisitos mínimos	El inventario debe contener los siguientes datos: - Fecha de la realización. - Almacén. - Tipo de producto almacenado, indicando las características concretas que lo diferencian de otro de la misma familia (es decir, concretar unidades que contiene el envase, capacidad, etc.). Por ejemplo, para el caso de medicinas se podrían encontrar comprimidos de la misma marca y composición, en envases de 12 unidades o de 24. Por lo tanto, se tendrán que considerar como productos distintos y hacer la contabilidad de ambos por separado. - Cantidades almacenadas de cada producto concreto. - Fechas de caducidad.				
Ejemplos	Para comprobar este estándar se deberá mostrar evidencia (registro en papel o informático) de que se ha realizado el inventario anual, y de que contiene los siguientes puntos: fecha, almacén inventariado, listado con los productos almacenados, cantidades totales disponibles, fechas de caducidad,...				

Descripción del estándar	<i>En la definición de la Estrategia está incorporada la necesidad de optimizar inventarios, consumos, residuos y recursos no renovables</i>	Código:	4.3.34	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La Estrategia es el conjunto de actuaciones encaminadas a la consecución de objetivos.</i> <i>Para mejorar la gestión de los materiales y recursos, se considera deseable establecer acciones para optimizar inventarios (control de inventarios, estudio de stock mínimo y máximo, aprovechamiento de espacios de almacén), optimizar consumos (análisis de consumos para detectar gastos innecesarios, establecimiento de acciones para reducción de consumos, cambio de productos / fuentes de energía / materiales etc., por otros más rentables), optimizar residuos (actuaciones para la minimización de su producción, sustitución de productos por otros que reduzcan los residuos generados o la peligrosidad de los mismos, instalación de almacenes intermedios para facilitar su adecuado transporte, etc.) y recursos no renovables (estudio de alternativas más eficaces, sustitución de recursos por otros menos contaminantes, control del consumo de recursos no renovables).</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de la incorporación en la definición de la Estrategia de la necesidad de optimizar inventarios, consumos, residuos y recursos no renovables.</i> <i>• Se muestran evidencias de la incorporación en la definición de la Estrategia de la necesidad de optimizar inventarios, consumos, residuos y recursos no renovables, pero no existen evidencias de la ejecución de las actuaciones establecidas.</i> <i>• Se muestran evidencias de que se ha incorporado en la definición de la Estrategia la necesidad de optimizar inventarios, consumos, residuos y recursos no renovables, y se muestran evidencias de la ejecución de las acciones definidas.</i>				

Ejemplos	<i>Control de inventarios, estudio de stock mínimo / máximo, aprovechar espacios de almacén, análisis de consumos para detectar gastos innecesarios, reducción de consumos, cambio de productos / fuentes de energía / materiales por otros más rentables, minimización de producción residuos, sustitución de productos por otros que reduzcan los residuos generados o la peligrosidad de los mismos, instalación de almacenes intermedios, estudio de alternativas más eficaces, sustitución de recursos por otros menos contaminantes, control del consumo de recursos no renovables).</i>
-----------------	--

Descripción del estándar	Existe un método para el control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos sanitarios, citostáticos, químicos, radiactivos e industriales	Código:	4.3.35	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La conciencia social sobre temas de medio ambiente, en los países de nuestro entorno económico y geográfico, obliga a un posicionamiento de personas, empresas e instituciones políticas, cada vez más valorado por la opinión pública y a la par obligado por exigencias legales paulatinamente desarrolladas. Esta preocupación creciente por los residuos que se generan en CSES y su manejo correcto, unida a las exigencias legales cada vez más definidas, hacen necesario un ejercicio de reflexión y abordaje sobre la planificación más acertada en la gestión, moderna y eficiente, de los residuos sanitarios. La organización garantizará que la gestión de residuos se ajusta a las normas y reglamentos específicos (Ley 10/1998 de Residuos, destacando entre otros los artículos 11.1, 11.2, 21, RD 833/1988 que desarrolla la Ley Básica 20/1986 de Residuos Tóxicos y Peligrosos y su modificación por el RD 952/97) y se realiza conforme a protocolos adecuados (Guía Básica del SES “Gestión de Residuos en Centros Sanitarios” en el caso del SSPE), controlada y evaluada para minimizar cualquier impacto adverso de sus productos y servicios en la comunidad. La organización dispondrá de un Plan Integral para la Gestión de los Residuos.				

Requisitos mínimos	Dentro del control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos sanitarios, citostáticos, químicos, radiactivos e industriales, se debe incluir: ✓ La identificación de los tipos de residuos que son susceptibles de generarse como consecuencia de las actividades y servicios desarrollados por el centro y de los productos utilizados. ✓ La disposición de contenedores adecuados a cada tipo de residuo en las zonas de generación; estos deberán estar debidamente identificados para evitar errores en su segregación y la posibilidad de mezcla que dificulte su gestión posterior. ✓ Las condiciones de almacenamiento temporal de cada tipo de residuo para evitar el riesgo de contaminación (por ejemplo, contenedores estancos adecuados al tipo de residuo que vayan a almacenar, suelo de la zona de almacenamiento impermeabilizado o protegido frente a posibles derrames, sistemas de recogida de derrames que eviten una posible contaminación de la red de aguas, etc). ✓ La sistemática para asegurar que el almacenamiento temporal de residuos peligrosos no supera el tiempo máximo establecido por la legislación (mediante anotación de la fecha de inicio del almacenamiento y fecha de entrega al gestor en la etiqueta identificativa y en el registro). ✓ La cesión a un gestor autorizado o registrado según establece la legislación vigente. ✓ La reutilización, reciclado o valorización de los residuos siempre que sea posible. ✓ Deben registrarse todos los datos relativos a las cantidades de residuos generados (de cada tipo) y a su gestión. Esta información debe registrarse, en su caso, de acuerdo a la legislación vigente ✓ La organización deberá implementar las disposiciones necesarias para asegurar el cumplimiento de aquellos requisitos que sean aplicables a los diferentes tipos de residuos (urbanos o asimilables, peligrosos y otros residuos especiales como pueden ser los radiactivos). ✓ Además deberá poseer la Autorización como Productor de Residuos Peligrosos, el Libro Registro de Residuos Peligrosos, los Documentos de Control y Seguimiento de los mismos y realizar la Declaración Anual de Producción de Residuos Peligrosos.
---------------------------	--

Ejemplos	Debe constatarse la existencia del método utilizado para el control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos que incluya: procedimientos para seleccionar, manipular, almacenar, utilizar y deshacerse de los materiales y residuos peligrosos, los criterios para identificarlos, evaluarlos e inventariarlos, el procedimiento para gestionar los residuos, la supervisión y eliminación de gases y vapores peligrosos, la disposición de espacio y equipos, a sí como la información e investigación de los vertidos, exposiciones e incidentes que se puedan producir. Este método puede tratarse de un Plan integral de Gestión de Residuos, por ejemplo.
-----------------	--

Descripción del estándar	Se dispone de una zona adecuada para el almacenamiento de residuos peligrosos	Código:	4.3.36	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Uno de los aspectos ambientales más característicos de la actividad sanitaria es la generación de residuos, tanto urbanos como peligrosos. Por tanto, su gestión requiere especial atención (almacenamiento de los residuos, transporte y entrega a los gestores adecuados en cada caso).				
Requisitos mínimos	Es importante que los residuos se almacenen en un lugar adecuado, provisto de contenedores para cada tipo de residuo que impida su mezcla, que evite derrames y contaminaciones y que sea accesible para su posterior retirada y eliminación. Las características del Almacén Final de Residuos Peligrosos cumplirá con lo dispuesto en el apartado 4.2.3 “Almacenamiento. Depósito Central de Residuos” de la <i>Guía Básica “Gestión de Residuos en Centros Sanitarios” del SES</i>, por ejemplo.				
Ejemplos	Para comprobar este estándar debe poder verificarse in situ la existencia de una zona para almacenamiento de residuos peligrosos, en la que no se pueda producir la contaminación de otros productos, ni vertidos, y donde existan contenedores separados para cada tipo de residuo e identificados con el residuo que contienen.				

Descripción del estándar	<i>El control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos sanitarios, citostáticos, químicos, radiactivos e industriales se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos</i>	Código:	4.3.37	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El control de producción y almacenamiento de residuos descrito anteriormente debería quedar definido según lo establecido en las Guías de Gestión de Residuos que posea el CSES. El objeto de la utilización de estas Guías es el de garantizar la uniformidad de criterios en esta materia en todos los CSES de la Comunidad Autónoma de Extremadura, tanto por su actividad específica como de carácter general que desarrollan.</i> <i>Las Guías de Gestión de Residuos deberían incluir:</i> - <i>Identificación de los tipos de residuos que se pueden generar.</i> - <i>Tipos de contenedores utilizados para cada tipo de residuo y la identificación de las zonas de generación y almacenamiento.</i> - <i>Almacenes y contenedores utilizados.</i> - <i>Condiciones de almacenamiento temporal de cada residuo para evitar el riesgo de contaminación.</i> - <i>Tiempo máximo de almacenamiento.</i> - <i>Gestores autorizados o registrados.</i> <i>Debe indicarse cual es la Guía que se ha empleado como referencia.</i>				

Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> • <i>El control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos sanitarios, citostáticos, químicos, radiactivos e industriales no se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos.</i> • <i>El control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos sanitarios, citostáticos, químicos, radiactivos e industriales, se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos, pero no en su totalidad.</i> • <i>El control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos sanitarios, citostáticos, químicos, radiactivos e industriales, se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos en su totalidad.</i>
Ejemplos	<i>Informes técnicos / protocolos para control de producción y almacenamiento de residuos peligrosos sanitarios fundamentados en las Guías de Gestión de Residuos.</i>

Descripción del estándar	Existe un método para el control de vertidos producidos por escapes accidentales de combustibles, derrames de productos químicos y control de aguas residuales	Código:	4.3.38	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Deben existir medidas de contención de productos peligrosos (tanto combustibles, productos químicos, como aguas residuales), para evitar daños en caso de escapes accidentales. Los métodos de contención de posibles vertidos y derrames deben ser adecuados dependiendo de la peligrosidad de los productos, la cantidad almacenada, y la repercusión que pueda tener dicho escape en el medio en el que incide. La organización deberá establecer los métodos necesarios para asegurar el cumplimiento de aquellos requisitos de carácter legal y reglamentario que sean aplicables a los diferentes productos almacenados para evitar derrames y escapes. Para la verificación de la eficacia de estos métodos de control, se harán controles periódicos de las aguas residuales según establezcan las Ordenanzas municipales o la Empresa Municipal de Abastecimiento y Saneamiento de las Aguas.				
Requisitos mínimos	Para comprobar este estándar se deberá evidenciar la identificación de los métodos de control de derrames, escapes y vertidos accidentales, en función de los productos, residuos y vertidos existentes y de su peligrosidad. Se comprobará que el CSES tiene dispuestos e implantados los métodos de control identificados y realizados los análisis periódicos de las aguas residuales.				
Ejemplos	Los métodos de control pueden ser cubetas de retención, instalación de rejillas conectadas a una red de tuberías independiente para su posterior recuperación, disposición en las inmediaciones de material absorbente para contener los derrames, revisiones periódicas de los tanques de almacenamiento de gasoil, gasolina, etc.				

Descripción del estándar	<i>El control de vertidos producidos por escapes accidentales de combustibles, derrames de productos químicos y control de aguas residuales se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos</i>	Código:	4.3.39	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Los métodos de contención de posibles vertidos y derrames que deben existir en el CSES, deberían ser consecuentes con lo establecido en las Guías de Gestión de Residuos.</i> <i>Las Guías de Gestión de Residuos deberían contemplar:</i> <i>- la peligrosidad de los productos.</i> <i>- las cantidades susceptibles de control.</i> <i>- la repercusión que puedan tener en el medio en el que incide.</i> <i>- los métodos de control necesarios en función de lo anterior.</i> <i>Debe indicarse cuál es la Guía que se ha empleado como referencia.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>• El control de vertidos producidos por escapes accidentales de combustibles, derrames de productos químicos y control de aguas residuales no se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos.</i> <i>• El control de vertidos producidos por escapes accidentales de combustibles, derrames de productos químicos y control de aguas residuales se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos, pero no en su totalidad.</i> <i>• El control de vertidos producidos por escapes accidentales de combustibles, derrames de productos químicos y control de aguas residuales se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos, en su totalidad.</i>				
Ejemplos	<i>Constatar que el protocolo o plan de control de vertidos producidos por escapes accidentales de combustibles, derrames de productos químicos y control de aguas residuales se realiza en base a las Guías de Gestión de Residuos.</i>				

Descripción del estándar	Existe un método para el control de emisiones contaminantes, producidas por gases procedentes de combustión, esterilización y refrigerantes	Código:	4.3.40	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El control de los focos de emisión de contaminantes debe incluir: - Identificación de los focos de contaminación atmosférica (chimeneas de evacuación de gases de calderas, de grupos electrógenos, salidas de gases de esterilización, posibles focos de escape de gases refrigerantes). - Clasificación de los mismos según la legislación aplicable (focos potencialmente contaminadores de la atmósfera tipo A, B, C, focos de contaminación no sistemática, etc.). - Medición periódica de las emisiones producidas por los focos identificados en el caso en que la legislación lo requiera. Para estos focos se deberán registrar las mediciones efectuadas en un Libro Registro de Emisiones. - Establecimiento de actuaciones cuando alguna de las mediciones efectuadas supere los límites legales. - Establecimiento de planes de actuación en caso de escapes accidentales. La normativa de aplicación es la siguiente: Ley 38/72, de 22 de diciembre, de Protección del Ambiente Atmosférico; Decreto 833/75, de 6 de febrero, por el que se desarrolla la Ley 38/72 de protección del medio ambiente atmosférico; Orden Ministerial de 18 de octubre de 1976, sobre prevención y corrección de la contaminación industrial de la atmósfera.				
Requisitos mínimos	Para comprobar este estándar se deberá evidenciar la identificación de los focos de emisiones, la realización de mediciones cuando sea necesario, la correcta cumplimentación del Libro Registro de Emisiones, y el establecimiento de acciones correctoras cuando se detecten emisiones superiores a las permitidas. También se deberá comprobar la existencia de un protocolo de actuación en caso de escapes de gases accidentales.				

Ejemplos	Constatar la existencia del método establecido para el control de emisiones contaminantes. Este método puede estar plasmado en un protocolo o plan, recogido en documentación legal y técnica, y a disposición de la dirección. Entrevistas a la dirección.
-----------------	---

Descripción del estándar	<i>El control de emisiones contaminantes, producidas por gases procedentes de combustión, esterilización y refrigerantes se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos</i>	Código:	4.3.41	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El control de los focos de emisión de contaminantes que debe existir en el CSES, debería ser consecuente con lo establecido en las Guías de Gestión de Residuos.</i> <i>Las Guías de Gestión de Residuos deberían contemplar:</i> <i>- Focos existentes.</i> <i>- Clasificación según la legislación aplicable.</i> <i>- Planificación de mediciones periódicas de contaminantes en caso de ser requeridas.</i> <i>- Posibles acciones correctoras a ejecutar en caso de que las mediciones efectuadas superen los límites legales establecidos para dichos contaminantes.</i> <i>- Definición de planes de actuación en caso de escapes accidentales.</i> <i>Debe indicarse cuál es la Guía que se ha empleado como referencia</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>• El control de emisiones contaminantes, producidas por gases procedentes de combustión, esterilización y refrigerantes, no se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos.</i> <i>• El control de emisiones contaminantes, producidas por gases procedentes de combustión, esterilización y refrigerantes, se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos, pero no en su totalidad.</i> <i>• El control de emisiones contaminantes, producidas por gases procedentes de combustión, esterilización y refrigerantes, se realiza de acuerdo a Guías de Gestión de Residuos en su totalidad.</i>				
Ejemplos	<i>Constatar que el protocolo o plan de control de emisiones contaminantes, producidas por gases procedentes de combustión, esterilización y refrigerantes se realiza en base a las Guías de Gestión de Residuos.</i>				

Categoría 5: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN, EL CONOCIMIENTO Y LOS ASPECTOS ÉTICOS

Definición

Cómo la organización garantiza los derechos de los pacientes y usuarios relativos a la autonomía del paciente y a la información y documentación clínica. Así mismo, en esta categoría se abordan la gestión del conocimiento, y los aspectos éticos en el ámbito sanitario.

Propósito

El cambio de cultura en las relaciones clínico- asistenciales, evidenciado en la afirmación del principio de autonomía de la persona, ha venido siendo reforzado por todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia, estableciendo un marco común para la protección de los derechos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. Se trata de proteger los derechos de los pacientes, entre los que resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas.

En segundo lugar, las organizaciones deben gestionar eficazmente el conocimiento, tanto individual como colectivo, más aún en un momento en el que la evolución tecnológica y los continuos hallazgos hacen del capital intelectual uno de los mayores activos para dar cumplimiento a la misión de la organización.

Por último, en esta categoría se aborda la gestión de todos aquellos aspectos éticos que garanticen el cumplimiento de los derechos fundamentales de los pacientes, más allá de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Son los derechos que garantizan su dignidad personal, el respeto de sus valores culturales, psicosociales y espirituales.

5.1 Gestión de la Información

Descripción del estándar	Se conoce y se aplica la normativa vigente para la Protección de Datos de Carácter Personal	Código:	5.1.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Los Datos de Carácter Personal son todos aquellos que identifiquen, o puedan identificar, al individuo. Estos datos pueden ser: identificativos (nombre y apellidos, dirección, teléfono, nº de S.S.); de características personales (estado civil, sexo, nacionalidad, fecha y lugar de nacimiento); de características sociales; datos especialmente protegidos (ideología, creencia, religión, salud, vida sexual, origen racial, afiliación sindical). Como normativa vigente aplicable podemos citar: ▪ Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que califica los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen especialmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión. Con respecto a esta Ley hay que aclarar que muchos ficheros y tratamientos de datos de historias clínicas de los centros sanitarios están en funcionamiento con anterioridad a la entrada en vigor de la citada Ley, existiendo en la mayoría de ellos ficheros manuales. Por ello se establece en su disposición adicional primera un periodo de doce años, a contar desde el 24 de octubre de 1995, para que los ficheros y tratamientos no autorizados se adecuen a dicha Ley. ▪ El RD 994/1999, de 15 de junio aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. Debe haberse realizado un análisis de la información manejada por el CSES de manera que se haya identificado el tratamiento que debe recibir dicha información de acuerdo a la legislación de referencia y se hayan establecido las acciones pertinentes para su consecución.				
Requisitos mínimos	La información debe estar clasificada y, al menos, debe existir un plan detallado de trabajo con todas las actuaciones necesarias para asegurar el cumplimiento de la ley.				

Ejemplos	Debe existir en el CSES, un Manual de Seguridad de la Información o similar, con el objeto de establecer las medidas técnicas y organizativas para garantizar la integridad, disponibilidad y confidencialidad de los datos de carácter personal, conforme a lo dispuesto en la normativa reseñada anteriormente.
-----------------	---

Descripción del estándar	Se han establecido las normas para asegurar que se respeta el carácter confidencial de los datos referentes a la salud del paciente	Código:	5.1.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Tal como se indicaba en el estándar anterior, con respecto a la aplicación de la normativa vigente para la protección de datos de carácter personal, este estándar enfatiza en el aseguramiento del respeto a la confidencialidad de los datos clínicos manejados en el CSES. La organización garantizará el adecuado proceso de gestión de la información de forma segura y ágil, salvaguardando su confidencialidad e integridad y los derechos de los pacientes a lo largo de todas las fases de captura, procesado, transmisión, uso y recuperación de datos e información. El responsable del fichero, es quien decide sobre la finalidad, contenido y uso del tratamiento, por lo que, en principio, la responsabilidad del archivo y gestión de ficheros de historias clínicas será de la dirección del centro sanitario, ello sin perjuicio de que tal y como prevé la Ley 41/2002, en aquellos centros con pacientes hospitalizados o que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier modalidad asistencial, la gestión y custodia del fichero se encomiende a una Unidad de Admisión y Documentación Clínica que deberá crearse en cada uno de los centros en que exista un fichero de historias clínicas. No obstante, sería recomendable, que en aquellos centros sanitarios que no encajen en el apartado anterior, se creasen, si es posible, servicios equivalentes que se encargasen del archivo y custodia de las historias clínicas, como se refleja en la Ley autonómica 3/2005, sobre la responsabilidad de la gestión de la historia clínica, que además de mencionar a las Unidades de Admisión, las amplía a “unidades similares”. Los criterios básicos de archivo están contenidos en la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, estipulando que cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte tanto en papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que quede garantizada su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información, y se posibiliten los derechos que se reconocen al interesado. Todas las medidas de seguridad a implantar por cada centro sanitario en relación con la custodia y acceso al fichero de historias clínicas deberán garantizar la confidencialidad de los datos contenidos en ella y evitar accesos no autorizados,				

	controlando quién está utilizando la historia desde su salida del fichero hasta su devolución.
Requisitos mínimos	Estas medidas deberán estar por escrito, siendo responsabilidad de cada centro la elaboración de este documento y su difusión y conocimiento por todo el personal que pueda tener participación en la gestión, manejo o utilización de las historias clínicas. Definirá, mediante un manual o normativa de uso de la documentación clínica: - Quién tiene acceso a la información. - Qué información es accesible a cada individuo. - La obligación del usuario de mantener la información confidencial. - Cuándo se permite revelar información sobre la salud o retirar una historia clínica. - Cómo se protege la información contra la intrusión, la corrupción o el daño. - El procedimiento a seguir ante una violación de la confidencialidad y la seguridad e integridad del conjunto y sus partes.
Ejemplos	Deben existir directrices escritas, debidamente difundidas a los Servicios implicados (y dentro de cada uno de los Servicios a las personas afectadas) sobre cuál es el modo en que se va a garantizar el carácter confidencial de los datos referentes a la salud del paciente. Objetivar el manual o normativa de uso de la documentación clínica, o el protocolo de acceso-custodia y transferencia de la información sobre pacientes, que incluya efectivamente los datos referidos en los requisitos mínimos de este estándar; claves de acceso a lugares físicos de archivos de historias clínicas o a la información en formato electrónico.

Descripción del estándar	Se utilizan modelos específicos de consentimiento informado, debidamente validados, para todas las Unidades aplicables	Código:	5.1.3	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Se entiende por consentimiento informado la conformidad expresa del paciente, manifestada de forma voluntaria y libre, previa obtención de la información adecuada, con tiempo suficiente, para la realización de cualquier actuación relativa a su salud. La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del médico responsable. El consentimiento deberá recabarse por el médico responsable de la asistencia al paciente o por el que practique la intervención o aplique el procedimiento al paciente. El usuario, como destinatario de determinados procesos, será informado de las características y riesgos de los mismos, así como de las posibles alternativas, mediante un documento comprensible por el cual manifestará su consentimiento, y del cual quedará constancia escrita (bien del paciente o de sus familiares, si procede). Previamente, el personal facultativo explicará al paciente los posibles beneficios e inconvenientes, la probabilidad de éxito, los problemas de recuperación y las alternativas posibles de la práctica en cuestión. En todos los casos en que el paciente haya expresado por escrito su consentimiento informado, tendrá derecho a obtener una copia de dicho documento.				
Requisitos mínimos	Se debe garantizar en todos los casos que el paciente o sus familiares comprendan la información que se les suministra por parte de los profesionales, teniendo en cuenta las barreras lingüísticas, déficit sensoriales, etc. El consentimiento se prestará de forma verbal como regla general, aunque deberá recabarse por escrito en los siguientes supuestos: - intervención quirúrgica, - procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, - procedimientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. El facultativo deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una				

	intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente. En los casos que se haga por escrito, debe existir como mínimo un modelo de consentimiento informado previamente definido y validado por la dirección del CSES para su utilización dentro del mismo, que contemple <u>todos los apartados</u> que se reseñan en el artículo 27 de la Ley 3/2005, de información sanitaria y autonomía del paciente: - Identificación y descripción del procedimiento, con explicación breve y sencilla del objetivo del mismo, en qué consiste y la forma en que se va a llevar a cabo. - Beneficios que se esperan alcanzar, alternativas existentes, contraindicaciones, consecuencias y molestias previsibles de su realización y de su no realización, riesgos frecuentes, de especial gravedad y asociados al procedimiento por criterios científicos. Se entienden por riesgos típicos o frecuentes, aquellos cuya realización deba esperarse en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia. - Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente y con sus circunstancias personales o profesionales. - Identificación del CSES. - Identificación del paciente y, en su caso, del representante legal, familiar o allegado que presta el consentimiento. - Identificación del médico que informa, que no tiene necesariamente que ser el mismo que realice el procedimiento en el que se consiente, sino también el responsable con carácter general de la asistencia al paciente. - Declaración de quien presta el consentimiento de que ha comprendido adecuadamente la información, conoce que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento sin expresión de la causa de la revocación, y ha recibido una copia del documento. - Lugar y fecha. - Firmas del médico y de la persona que presta el consentimiento. Este modelo de consentimiento informado será puesto a disposición de los profesionales del CSES que desarrollen entre sus actividades procedimientos que precisen consentimiento informado por escrito.
--	---

Ejemplos	Independientemente de la forma de prestación del consentimiento, deberá constar en la historia clínica la información facilitada al paciente durante su proceso asistencial y el carácter de su consentimiento (copia del consentimiento informado, firmada por el paciente). Como evidencias de análisis para este estándar, se pueden objetivar si existen actas de la Comisión de Historias Clínicas, Comisión de Bioética, etc., que recojan la definición de los apartados que debe contener un modelo de consentimiento informado a emplear dentro del CSES, el modelo común (no genérico) derivado de los acuerdos de dicha comisión y el acta de la validación del mismo por el equipo directivo del CSES. Se deben realizar evaluaciones periódicas sobre el contenido del consentimiento informado, su grado de cumplimiento y archivo en la historia clínica, para la mejora continua del procedimiento, detectando y corrigiendo posibles desviaciones.
-----------------	--

Descripción del estándar	Está regulado el procedimiento para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de la expresión anticipada de voluntades de cada persona	Código:	5.1.4	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La Ley autonómica 3/2005 de información sanitaria y autonomía del paciente, establece en su Capítulo II, las normas regidoras sobre expresión anticipada de voluntades. La expresión anticipada de voluntades es el documento emitido por una persona mayor de edad, con capacidad legal suficiente y libremente, dirigido al médico responsable de su asistencia, en el cual expresa las instrucciones sobre sus objetivos vitales, valores personales y las actuaciones médicas que deberán ser respetados cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad. Las instrucciones sobre las actuaciones médicas pueden referirse tanto a una enfermedad o lesión que la persona otorgante ya padece, como a las que eventualmente pudiera sufrir en el futuro, e incluir previsiones relativas a las intervenciones médicas acordes con la buena práctica clínica que desea recibir, a las que no desea recibir y a otras cuestiones relacionadas con el final de la vida. En la expresión anticipada de voluntades, la persona interesada puede también designar un representante que será interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario.				
Requisitos mínimos	Debe establecerse un procedimiento escrito en el que se describa el modo en que el CSES asegura el cumplimiento de los requisitos legales asociados a la expresión anticipada de voluntades (decisión sobre mantenimiento vital y asistencial al final de la vida). Los profesionales sanitarios, especialmente el médico responsable del paciente, deben informarles del carácter y finalidad del documento de expresión anticipada de voluntades, y ayudar en la redacción e interpretación del mismo, evitando toda coacción. El documento de voluntades anticipadas deberá recoger, al menos, los siguientes datos: - Nombre y apellidos del interesado. - DNI, pasaporte o permiso de residencia. - Domicilio. - En su caso, designación del representante indicando su nombre, apellidos, DNI y firma.				

	- Nombre, apellidos y DNI de los testigos o del notario ante el que se formaliza el documento, y firma de los mismos. - Situaciones sanitarias concretas en que se quiere que se tengan en cuenta las instrucciones. - Instrucciones y límites concretos en la actuación médica ante decisiones previstas, sobre todo cuando se tiene información de probabilidades evolutivas. - Otras consideraciones, como objetivos vitales, valores personales, decisiones sobre la donación de órganos, etc. - Lugar y fecha. - Firma del otorgante del documento. Asimismo, debe establecerse una sistemática debidamente documentada en la que se describa el tratamiento a dar a dicho documento, incluyendo la actuación en caso de modificación, sustitución y/o revocación de las voluntades anticipadas.
Ejemplos	Objetivar existencia de procedimiento o protocolo escrito en el que se especifiquen hechos como que el médico responsable del paciente acepta los documentos de expresión anticipada de voluntades, los entrega al departamento competente del centro sanitario para su remisión al Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura, los incorpora a la historia clínica, razona por escrito en la historia clínica la decisión final que se adopte, informa a los pacientes sobre el carácter y finalidad del documento de voluntades anticipadas, y aconseja a los pacientes la actualización del contenido del documento cuando aparezcan posibilidades que el enfermo no había previsto.

Descripción del estándar	Se remiten los documentos de expresión anticipada de voluntades que se reciban al Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura	Código:	5.1.5	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	En el supuesto de que el documento de expresión anticipada de voluntades no sea entregado por el interesado, su representante legal o sus familiares en el Registro de Expresión Anticipada de Voluntades, sino que sea entregado en el CSES en el que es atendido, o al médico responsable de su asistencia, se procederán a realizar las actuaciones necesarias para su remisión al citado Registro. Este documento debe incorporarse a la historia clínica del paciente. El interesado, su representante legal, o los familiares en su caso, obtendrán la correspondiente certificación acreditativa de su inscripción en el Registro.				
Requisitos mínimos	Los centros y servicios sanitarios tienen la obligación de remitir copia de los documentos de expresión anticipada de voluntades que reciban al Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura.				
Ejemplos	Se pueden objetivar los sellos de los registros de salida de los documentos de expresión anticipada de voluntades, en el Servicio de Admisión del CSES, o Unidad administrativa competente.				

Descripción del estándar	Están establecidos los métodos para garantizar el derecho de los pacientes al correspondiente acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella	Código:	5.1.6	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Atendiendo al artículo 18 de la Ley Orgánica 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el paciente tiene el derecho de acceso (con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo), a la documentación de la historia clínica, y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Dicho derecho puede ejercerse también por representación debidamente acreditada. Según la Ley Autonómica 3/2005 de información sanitaria y autonomía del paciente, este tendrá derecho a la documentación obrante en su historia clínica, a excepción de aquella parte que contenga anotaciones subjetivas realizadas por los profesionales, entendiéndose por dichas anotaciones las impresiones basadas en la exclusiva percepción de aquellos, y que en todo caso, carecen de trascendencia para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, sin que puedan tener la consideración de un diagnóstico. El derecho de acceso a la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceros a la confidencialidad de sus datos si figuran en dicha documentación, y así consta. Una vez que el centro tiene garantizado el proceso de gestión de la información, a lo largo de todas las fases de captura, procesado, transmisión, uso y recuperación de datos e información como se indicaba en el estándar 5.1.2, el actual estándar se centra en el procedimiento de obtención por parte del paciente de documentos y copias de datos existentes en su historia clínica.				
Requisitos mínimos	Deben existir directrices escritas, debidamente difundidas a los Servicios implicados (y dentro de cada uno a las personas afectadas) sobre cuál es el modo en que se va a garantizar el derecho de los pacientes al correspondiente acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella, de acuerdo a lo especificado en la legislación en vigor. Todo ello teniendo en cuenta los requisitos para preservar la confidencialidad, es decir, los documentos pertinentes a la historia clínica se entregarán, previa petición del mismo, al paciente en persona, o bien a su representante previo consentimiento por escrito.				

	Cada centro sanitario debe establecer el mecanismo que haga posible que, en los supuestos de procedimientos administrativos de exigencia de responsabilidad patrimonial o en las denuncias previas a la formalización de un litigio sobre la atención sanitaria prestada, se permita que el paciente tenga acceso directo a la historia clínica, en la forma y con los requisitos que se regulen legal o reglamentariamente.
Ejemplos	Objetivar directrices escritas, así como la difusión que se les ha dado a las mismas, sobre el procedimiento para garantizar el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Revisión de reclamaciones al respecto.

Descripción del estándar	Se dispone de un directorio general en la recepción del CSES	Código:	5.1.7	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Los ciudadanos de la Comunidad Autónoma de Extremadura tienen derecho a recibir información general referente al Sistema Sanitario Público y de la Sanidad Privada de Extremadura, así como información específica en diferentes materias, entre las que podemos citar los Servicios y Unidades asistenciales disponibles, sus características asistenciales, cartera de servicios y requisitos de acceso, tal como se establece en el artículo 9 de la Ley Autonómica 3/2005, de información sanitaria y autonomía del paciente. Para garantizar la operatividad y facilitar el desplazamiento de los pacientes y familiares, así como de otros usuarios del CSES en el interior del mismo, se debe tener un directorio con la descripción clara y visible de los distintos lugares en los que cada profesional desempeña sus funciones.				
Requisitos mínimos	El equipo evaluador deberá comprobar la existencia del directorio en la recepción de CSES, en un lugar visible y que dicho directorio contiene la información mínima necesaria de acuerdo al tipo de centro. Dicho directorio debe presentar un contenido mínimo, como servicios o unidades existentes en cada planta de un hospital o centro de salud, y profesionales de cada servicio.				
Ejemplos	Objetivar la existencia de dicho directorio, así como su localización en lugar visible, y los contenidos mínimos exigibles.				

Descripción del estándar	Se dispone de la señalización específica de los distintos servicios en las correspondientes ubicaciones y plantas	Código:	5.1.8	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Además de la existencia de un directorio en lugar visible de la recepción del centro sanitario, tal como se indicaba en el estándar anterior, los CSES deben contener la señalización específica de los diferentes servicios en las correspondientes ubicaciones y plantas. Se trata de mejorar las condiciones de accesibilidad para los pacientes y familiares, permitiendo una circulación fluida en las dependencias del centro con una adecuada señalización interior.				
Requisitos mínimos	La señalización de los diferentes servicios o unidades en cada planta, debe contener como mínimo el nombre de los mismos, y el de los profesionales médicos adscritos al mismo, cualquiera que sea su categoría profesional (adjuntos o residentes, lo cual se reflejará asimismo en la información facilitada) o el cargo que ostenten (debe estar indicado el nombre del Jefe de Servicio, Jefes de Sección, etc.). También puede estar indicado el horario en el que se realizan las diferentes actividades (examen de pacientes hospitalizados, consultas externas, información a familiares, horario de visitas externas, o consultas programadas y atención domiciliaria en el caso de centros sanitarios sin internamiento, etc). Como material de señalización se pueden utilizar carteles en lugares visibles, o iconografía relativa a cada servicio.				
Ejemplos	El equipo evaluador deberá comprobar la existencia de la señalización específica de los distintos servicios en las correspondientes ubicaciones y plantas, de acuerdo al tipo de centro. Paneles informativos en las paredes, en las salidas de los ascensores, en las puertas de entrada a cada departamento, etc. Estos paneles pueden contener directorios escritos, planos de cada planta, etc. Dibujos de diferentes colores que sirvan de guía a los pacientes para saber dónde dirigirse dentro de un centro de elevadas dimensiones y en una determinada planta.				

Descripción del estándar	Existen espacios físicos adecuados para informar a los usuarios y pacientes atendidos	Código:	5.1.9	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Como parte de la actividad asistencial desarrollada en los CSES, se encuentra la información a los pacientes o sus familiares acerca de los procesos por los que están siendo tratados, y dado el carácter especial que conlleva dicha información, debe recibir tratamiento con el adecuado respeto a la privacidad de los datos en todo momento, además de tener en cuenta aspectos como el entendimiento por parte del interlocutor. Por tanto, el lugar donde se notifican al paciente o sus familiares los aspectos relevantes acerca de su salud, es de suma importancia en una atención sanitaria de calidad, además de ser exigible por normativa legal. La Ley 41/2002, en su capítulo III regula el derecho a la intimidad de los pacientes, señalando que los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a los que se refiere. Así mismo la Ley Autonómica 3/2005, recoge en su Título III, que toda persona tiene derecho a que se respete su intimidad en las actuaciones sanitarias y a la confidencialidad de la información relacionada con su salud y estancias en centros sanitarios públicos y privados.				
Requisitos mínimos	La organización pondrá a disposición de los pacientes y los profesionales del CSES los medios necesarios para garantizar el grado de intimidad adecuado de los pacientes para ser informados. Hay servicios hospitalarios donde la existencia de lugares adecuados para informar a los usuarios y pacientes atendidos es ineludible, como son: Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos, Quirófanos o plantas de hospitalización. En los Centros de Salud, la relación médico-paciente discurre generalmente en las consultas o en el domicilio del paciente, pero debe existir un lugar adecuado para informar a pacientes y familiares en el área de Urgencias, para los casos en que sea necesario.				
Ejemplos	El equipo evaluador deberá comprobar la existencia de espacios físicos adecuados para informar a los usuarios y pacientes atendidos, de acuerdo al tipo de centro, y la señalización de los mismos con indicación de horarios.				

Descripción del estándar	<i>Existen procedimientos para informar a usuarios y profesionales sobre el alcance y duración de las obras que realice el CSES y que les puedan afectar</i>	Código:	5.1.10	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Se debiera poder informar a los usuarios y profesionales del CSES acerca del alcance y duración de las obras que vaya a acometer el CSES de manera que puedan incorporar dicha información en la planificación de sus tareas, bien sean asistenciales o no. Esta difusión debe garantizar que aquellos servicios que lo necesitan disponen de dicha información con la antelación suficiente para poder establecer acciones que minimicen el impacto de dichas obras (obras que puedan afectar a la planificación de quirófanos, obras que inhabiliten zonas de espera, etc.).</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias de la comunicación a usuarios y profesionales sobre el alcance y duración de las obras que realice el CSES y que les puedan afectar.</i> <i>Se presentan evidencias de la comunicación a usuarios y profesionales sobre el alcance y duración de las obras que realice el CSES y que les puedan afectar.</i> <i>Existe un método documentado para realizar la difusión a usuarios y profesionales sobre el alcance y duración de las obras que realice el CSES y que les puedan afectar.</i>				
Ejemplos	<i>Una comunicación puede realizarse vía reuniones internas en las que se comunique, pero también puede realizarse por comunicaciones personales (correos electrónicos) o publicaciones en tablones de anuncios, carteles o, incluso prensa y radio.</i>				

Descripción del estándar	Se garantizan la seguridad, la correcta conservación y la recuperación de la información en el archivo de historias clínicas	Código:	5.1.11	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La historia clínica es el soporte documental imprescindible para una adecuada continuidad en la asistencia, por ello es necesario una normativa sobre su uso y cumplimentación. Según la Ley 41/2002, todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de la atención primaria como de atención especializada. Así mismo, la Ley Autonómica 3/2005 establece, que cada centro sanitario archivará la historia clínica de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte, papel, audiovisual o de otro tipo, de manera que queden garantizados su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información, así como la autenticidad de su contenido y su plena reproductividad futura.				
Requisitos mínimos	Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación obrante en la historia clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento, confidencialidad y seguridad, durante el período establecido reglamentariamente desde la fecha del alta de cada proceso asistencial, para la debida atención al paciente. En cualquier caso, la conservación de la documentación clínica deberá garantizar la preservación de la información y no necesariamente del soporte original. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. La gestión de la historia clínica será responsabilidad de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica, o unidades similares, de manera integrada en un único archivo de historias clínicas por centro sanitario.				
Ejemplos	El equipo evaluador podrá constatar mediante análisis documental el nivel de desarrollo de los procesos que integran el sistema de información: captura, procesado, transmisión, contenido, seguridad, confidencialidad e integridad (protección frente a robo y/o destrucción). Este hecho se comprobará mediante entrevistas selectivas (responsable de gestión de la				

	información y personal de admisión), así como observación directa mediante simulación por los auditores de los procedimientos de garantía de la seguridad, confidencialidad e integridad de la información y el análisis de las reclamaciones en este sentido. Se puede comprobar “de visu” el archivo de historias clínicas, para objetivar las condiciones físicas (espacio independiente y de acceso restringido) y de seguridad y conservación que presenta, así como la sistemática utilizada en la recuperación de la información. En el caso de la información en formato electrónico, se pueden verificar las restricciones de acceso según responsabilidad, copias de seguridad, etc.
--	---

Descripción del estándar	Se han establecido mecanismos que garantizan la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella	Código:	5.1.12	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La historia clínica, según la Ley 41/2002, en su artículo 14.1, comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro. En el artículo 14.3 de la citada Ley, se dice que las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura. Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada que refleje, con las secuencias necesarias en el tiempo, la evolución del proceso asistencial del paciente. Las anotaciones en las historias clínicas se realizarán sólo por personas debidamente autorizadas y de acuerdo con normas y procedimientos escritos: • Puede identificarse al autor en cada dato introducido en la historia clínica del paciente. • Puede identificarse la fecha de cada entrada en la historia clínica del paciente. • También puede identificarse la hora de la entrada, si lo requiere la organización.				
Requisitos mínimos	Cada centro archivará la historia clínica de sus pacientes, de manera que quede garantizada la autenticidad del contenido de las mismas y su plena reproducibilidad futura. En cualquier caso, debe garantizarse que queden registrados todos los cambios e identificados los médicos y los profesionales asistenciales que los han realizado. Debe existir una sistemática debidamente difundida entre los implicados que garantice las actuaciones descritas anteriormente.				
Ejemplos	Este hecho se comprobará mediante entrevistas selectivas (responsable de gestión de la información y personal de admisión) y el análisis de las reclamaciones en este sentido.				

	Análisis de muestra aleatoria de historias clínicas, comprobando los requisitos de este estándar.
--	---

Descripción del estándar	Se han establecido los adecuados medios técnicos para archivar y proteger las historias clínicas y para evitar su destrucción o pérdida accidental	Código:	5.1.13	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	De acuerdo a la Ley 41/2002, en su artículo 17.1, los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso. Los centros sanitarios deben adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales recogidos en las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental, y también el acceso, alteración, comunicación o cualquier otro procesamiento que no sean autorizados.				
Requisitos mínimos	Debe existir una sistemática debidamente difundida entre los implicados que garantice las actuaciones descritas anteriormente. - Si las historias clínicas están en papel, el centro debe garantizar que el archivo cumple con las características técnicas que aseguren la protección de las mismas contra fuego, agua, calor, desinsectación, desratización u otros factores ambientales. - En el caso de que las historias clínicas estén en formato electrónico, el centro debe garantizar que no se puedan destruir y la sistemática seguida para realizar las copias de seguridad de las mismas.				
Ejemplos	Este hecho se comprobará mediante entrevistas selectivas (responsable de gestión de la información, personal de admisión y documentación) y el análisis de las reclamaciones al respecto. Se examinarán los archivos para comprobar que las historias clínicas vigentes se conservan adecuadamente, y se mantienen en lugares protegidos del calor, el agua, el fuego u otros. En el caso de estar en formato electrónico las historias clínicas se comprobará la imposibilidad de destruirlas y las copias de seguridad realizadas de las mismas.				

Descripción del estándar	La historia clínica consta al menos de la documentación relativa a la hoja clínico-estadística, la anamnesis y la exploración física, la evolución, las órdenes médicas, la hoja de interconsultas, los informes de exploraciones complementarias, la evolución y planificación de cuidados de enfermería y la aplicación terapéutica de enfermería.	Código:	5.1.14	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. La historia clínica tiene como fin principal facilitar la atención sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.				
Requisitos mínimos	La historia clínica contiene la información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar la evolución y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los profesionales sanitarios. Las historias clínicas deberán ser claramente legibles, evitándose en lo posible la utilización de símbolos y abreviaturas, y estarán normalizadas en cuanto a su estructura lógica. La historia clínica debe tener un número de identificación, e incluir los siguientes datos: <u>Datos de identificación del enfermo y de la asistencia:</u> - Nombre y apellidos del enfermo. - Fecha de nacimiento. - Sexo. - DNI, pasaporte o permiso de residencia. - Código de identificación personal contenido en la tarjeta sanitaria individual, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. - Domicilio habitual y teléfono. - Fecha de asistencia y de ingreso, si procede. - Autorización de ingreso.				

	- Indicación de la procedencia, en caso de derivación desde otro centro asistencial. - Servicio o unidad en que se presta la asistencia, si procede. - Número de habitación y de cama, en caso de ingreso. - Médico responsable del enfermo. - Todos aquellos documentos básicos que contemple la normativa vigente. <u>Datos clínico – asistenciales:</u> - Antecedentes familiares y personales fisiológicos y patológicos. - Informe de urgencia. - Descripción de la enfermedad o el problema de salud actual y motivos sucesivos de consulta. - Procedimientos clínicos empleados y sus resultados, con los dictámenes correspondientes emitidos en caso de procedimientos o exámenes especializados, y también hojas de interconsulta. - Anamnesis y exploración física. - Hojas de curso o evolución clínica, en caso de ingreso. - Hojas de tratamiento médico y órdenes médicas, y de planificación de cuidados de enfermería. - La aplicación terapéutica de enfermería. - El gráfico de constantes. - Hojas de consentimiento informado, si procede. - Hojas de información facilitada al paciente en relación con el diagnóstico y el plan terapéutico prescrito, si existe. - Escrito de renuncia a recibir información, si existe. - Informe de alta del episodio de atención u hoja de problemas de atención primaria. - Documento de alta voluntaria, o forzosa, en su caso. - Hoja de expresión anticipada de voluntades, si las hubiere. - Informe de necropsia, si existe. - En caso de intervención quirúrgica, debe incluirse la hoja operatoria y el informe de anestesia, y en caso de parto, los datos de registro. - El informe de anatomía patológica.
--	--

	- Todos aquellos documentos básicos que contemple la normativa vigente. <u>Datos sociales:</u> - Informe social, si procede. En las historias clínicas hospitalarias en que participen más de un médico o un equipo asistencial, deben constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada profesional y la identificación de los mismos.
Ejemplos	Para constatar el cumplimiento de este estándar se puede realizar un muestreo aleatorio de historias clínicas.

Descripción del estándar	<i>Están definidos criterios específicos que garanticen la unidad e integración de las historias clínicas</i>	Código:	5.1.15	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Complementariamente a los requisitos mínimos establecidos en esta categoría con respecto a las historias clínicas, sería recomendable que estuviesen definidos criterios específicos que garanticen la unidad e integración de las historias clínicas, de tal forma que exista una única historia por paciente, con el fin de facilitar, en cualquier momento del proceso asistencial, el conocimiento de todos los datos de un determinado paciente. Estos datos deberán estar a disposición de todos los profesionales que intervengan en el proceso asistencial. Se promoverá la máxima integración posible de las historias clínicas, existiendo, como máximo, un único archivo en cada centro.</i> <i>La Ley 41/2002 establece, en su artículo 15, que todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de la atención primaria como de la especializada. Así mismo, establece que la historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, para facilitar el más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.</i> <i>La Ley Autonómica 3/2005, se pronuncia en el mismo sentido que la anterior, estableciendo que al menos en cada centro existirá una historia única por paciente y en un modelo uniforme para todas. El artículo 16 se refiere a la custodia de la historia clínica, estableciendo que los centros sanitarios definan los mecanismos de custodia que permitan la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se presentan evidencias del establecimiento criterios específicos que garanticen la unidad e integración de las historias clínicas.</i> <i>Están establecidos criterios específicos que garanticen la unidad e integración de las historias clínicas.</i> <i>Existe un método documentado y debidamente difundido y aplicado, que define los criterios específicos que garanticen la unidad e integración de las historias clínicas.</i>				

Ejemplos	<i>Constatar la existencia de una historia clínica y archivo únicos en el CSES.</i>
-----------------	---

Descripción del estándar	Están establecidas las medidas para garantizar el acceso restringido a cada historia clínica	Código:	5.1.16	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Las historias clínicas son documentos de confidencialidad responsabilidad de la administración sanitaria o entidad titular del centro, cuando el médico trabaje por cuenta y bajo la dependencia de una institución sanitaria. En caso contrario, la responsabilidad corresponde al médico que realiza la atención sanitaria. El centro es responsable de la custodia de las historias clínicas y habrá de adoptar todas las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de los datos y de la información contenida en ellas. La gestión de la historia clínica será responsabilidad de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica, o unidades similares, de manera integrada en un único archivo de historias clínicas por centro. Cada centro debe establecer el mecanismo que haga posible que, mientras se presta atención sanitaria a un paciente concreto, los profesionales que le atiendan puedan, en todo momento, tener acceso a la historia clínica correspondiente, a efectos del desempeño de sus funciones. La Ley Autonómica 3/2005, establece que los centros sanitarios deberán garantizar la autenticidad del contenido de las historias clínicas y su plena reproductividad futura. El paciente tiene derecho a que se respete su intimidad y por tanto los datos referentes a su salud, como la historia clínica, que es un documento cuya confidencialidad debe ser estricta. Son varias las vías legítimas ordinarias de acceso a la historia clínica: ▪ A efectos asistenciales, el personal sanitario que directamente esté implicado en el diagnóstico, tratamiento y cuidados del enfermo. ▪ A efectos investigadores y docentes, a quien acredite su interés científico y su derecho a acceder a la historia clínica, siempre que se salvaguarde el secreto profesional y la intimidad de las personas. ▪ A efectos administrativos, la Dirección y los Órganos de Gestión (estos últimos previa autorización de la Dirección). ▪ Las comisiones asistenciales dentro de las actividades reguladas por la Comisión Central de Garantía de Calidad.				

	▪ La Inspección Médica. ▪ La solicitud de la historia clínica por parte del paciente (o persona en quien delegue) se realizará de acuerdo a las normas establecidas por el centro sanitario, teniendo en cuenta que la gestión de dicha documentación es responsabilidad de la unidad de admisión y documentación clínica, o unidades similares. En el caso de que esté siendo tratado en el hospital en ese momento (ingreso o consulta) el acceso se realizará bajo la tutela del médico responsable.
Requisitos mínimos	Se protegen las historias clínicas y la información contra la manipulación y el acceso o uso indebido o no autorizado. La organización también prevé las posibilidades de acceso no autorizado a información electrónica e implementa procesos para evitarlo. Deben existir unas normas internas escritas y debidamente difundidas entre los implicados, que garanticen las actuaciones descritas anteriormente. La Unidad de Admisión y Documentación clínica o unidad equivalente que gestione el archivo de historias clínicas, debería constatar una relación detallada de todo el personal con posibilidad de acceso a las historias clínicas, pudiéndose hacer de forma nominativa o por perfiles profesionales, diferenciando, siempre que fuera posible, el personal sanitario y el personal administrativo, y también qué documentos son accesibles por ambos. A través de dicha relación, la Unidad o servicio equivalente autorizará o no el acceso a los documentos de la historia clínica.
Ejemplos	Por ejemplo, las historias clínicas vigentes se guardan en áreas a las que sólo puede acceder el personal autorizado. Se puede objetivar este hecho a través del análisis documental de las normas que regulan la política de gestión de la información y de las que garantizan su seguridad, confidencialidad e integridad. También se pueden verificar los criterios restrictivos de acceso a la información en soporte electrónico, mediante claves de acceso, etc. Este hecho se comprobará mediante entrevistas selectivas con el responsable de gestión de la información y personal de Admisión y Documentación, y el análisis de las reclamaciones al respecto. También mediante muestreo aleatorio de historias clínicas.

Descripción del estándar	El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia se realiza garantizando que los datos de la identificación personal del paciente están separados de los de carácter clínico asistencial, garantizándose el anonimato	Código:	5.1.17	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación, de docencia o de información y estadística sanitaria, se rige por lo dispuesto en la legislación vigente de protección de datos de carácter personal y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento de no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.				
Requisitos mínimos	Debe existir una sistemática debidamente difundida entre los implicados que garantice las actuaciones descritas anteriormente. De esta forma se mantiene la confidencialidad, la seguridad e integridad de los datos y de la información. Se regula el equilibrio entre la necesidad de confidencialidad de los datos y la necesidad de compartirlos.				
Ejemplos	Este hecho se comprobará mediante entrevistas selectivas y el análisis de las reclamaciones, a través de estudios realizados o peticiones judiciales, etc., se puede comprobar el modo en que se garantiza el anonimato, como por ejemplo, utilizando iniciales en lugar del nombre completo, codificando las historias, etc.				

Descripción del estándar	<i>Se facilita el acceso del personal de administración y gestión de los CSES a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones</i>	Código:	5.1.18	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Debe existir una sistemática debidamente difundida entre los implicados que garantice que el personal de administración y gestión de los centros sanitarios pueda acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones que podrán estar relacionadas, por ejemplo, con la admisión del paciente, cita previa, funciones contables y presupuestarias, etc. En cualquier caso este personal queda sujeto al deber de guardar secreto de los mismos.</i> <i>Por todo ello sería recomendable que se archivara separadamente toda la documentación clínica que forma parte del contenido de la historia clínica y detallada en el artículo 15 de la Ley 41/2002 (estándar 5.1.14), de toda la documentación administrativa que, aunque no forma parte de la historia clínica, la gestión de la misma puede generar, como por ejemplo, las hojas de admisión, hojas de cita previa, documentos contables, facturación, costes económicos de las pruebas, etc.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>Se comprueba que el personal de administración y gestión tiene acceso a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.</i> <i>Se comprueba que el personal de administración y gestión tiene acceso restringido a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.</i> <i>Se comprueba que el personal de administración y gestión tiene acceso restringido a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones y existe un procedimiento escrito que regula dicha actuación.</i>				
Ejemplos	<i>Constatar que está definido, establecido y garantizado un sistema o normativa para el acceso del personal de administración y gestión de los centros a los datos de la historia clínica relacionados con sus funciones.</i> <i>Se pueden realizar entrevistas selectivas a personal de Admisión y Documentación, y al responsable de gestión de la información, acerca de la sistemática existente al respecto de este</i>				

	<i>estándar.</i> <i>Se pueden verificar los criterios de acceso del personal a los datos de la historia relacionados con sus propias funciones.</i>
--	---

Descripción del estándar	El período de archivo de la documentación clínica es al menos de quince años, contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial	Código:	5.1.19	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación obrante en la historia clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento, confidencialidad y seguridad, para la debida atención al paciente, durante al menos quince años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial, según lo establecido en el artículo 34 de la Ley Autonómica 3/2005. En cualquier caso la conservación de la documentación clínica deberá garantizar la preservación de la información y no necesariamente del soporte original.				
Requisitos mínimos	La documentación clínica se conservará un mínimo de 15 años. Se conservará indefinidamente aquella información que se considere relevante a efectos preventivos, epidemiológicos, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. En tales casos, siempre que sea compatible con los fines perseguidos, se despersonalizarán los datos al objeto de impedir la identificación directa o indirecta de los sujetos implicados.				
Ejemplos	Este hecho se comprobará mediante entrevistas selectivas y el análisis de las reclamaciones. Se puede comprobar el archivo histórico, seleccionar las historias desde una determinada fecha, y a través de un muestreo, si es necesario por el número elevado de las mismas, verificar el período de archivo de la documentación clínica.				

Descripción del estándar	El informe de alta médica especifica todos los aspectos exigidos por la normativa vigente	Código:	5.1.20	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	En la Orden de 6 de septiembre de 1984, del Ministerio de Sanidad y Consumo de Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios (1), en su artículo 1 se establece la obligatoriedad de elaborar un informe de alta para los pacientes que, habiendo sido atendidos en un Establecimiento Sanitario, público o privado, hayan producido al menos una estancia. Así mismo, el artículo 2 dice que el informe de alta será entregado en mano al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal en el momento que se produzca el alta. Según el artículo 20 de la Ley 41/2002, todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3 de la misma ley. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas. La Ley autonómica 3/2005 de información sanitaria y autonomía del paciente, en su artículo 37, establece que todos los pacientes tendrán derecho a recibir de su médico responsable un informe de alta que especifique, al menos, los datos del paciente, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas, o cualquier otra información.				
Requisitos mínimos	Según la Orden de 6 de septiembre de 1984 (1), en su artículo 3, los requisitos mínimos que debe cumplir el informe de alta serán: - Estar escrito a máquina o con letra claramente inteligible. - Referidos a la identificación del hospital y unidad asistencial: nombre del establecimiento, domicilio social y teléfono; identificación, en caso de estar diferenciada, de la unidad asistencial o servicio clínico que dé el alta; nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable. - Referidos a la identificación del paciente: número de historia clínica y número de registro de entrada; nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo; domicilio postal del lugar de residencia habitual.				

	- Referidos al proceso asistencial: día, mes y año de admisión; día, mes y año de alta; motivo del alta; motivo inmediato del ingreso; resumen de la historia clínica y exploración física del paciente; resumen de la actividad asistencial prestada al paciente, incluyendo en su caso, los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del enfermo. En caso de fallecimiento, si se hubiera realizado necropsia se expondrán los hallazgos más significativos de esta en un apartado específico; diagnóstico principal; otros diagnósticos, en su caso; recomendaciones terapéuticas. En el caso de los centros de atención primaria, al no existir estancia como indican las exigencias legales para elaborar un informe de alta, se inscribe el proceso por el que el paciente ha recibido atención, dentro de la hoja de problemas.
Ejemplos	Selección aleatoria de historias clínicas, para comprobar el cumplimiento de requisitos legales en los informes de alta, si se trata de un hospital o servicio sanitario. En el caso de centros de atención primaria, se puede verificar la hoja de problemas, los informes clínicos de los pacientes de atención continuada, o bien la existencia de informes de alta de determinados procesos, como cirugía menor, etc., también mediante muestreo aleatorio de historias clínicas.

5.2 Gestión del conocimiento

Descripción del estándar	Se identifican y priorizan las necesidades de conocimiento del personal del CSES.	Código:	5.2.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Se podría definir el conocimiento como la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada. En el ámbito de las Ciencias de la Salud se producen constantes cambios que generan una necesidad implícita de adquisición y renovación del conocimiento de manera continua. La gestión de conocimiento podría definirse como la suma de todas aquellas acciones encaminadas a identificar, organizar, incrementar, conservar, renovar y difundir el conocimiento de la organización con la finalidad de que esta pueda conseguir sus objetivos. Uno de los objetivos de la gestión del conocimiento es que las personas de la organización tengan el conocimiento adecuado para la realización de sus funciones, en el momento en que lo necesiten. A la hora de proporcionar los conocimientos a las personas de la organización, el primer paso que se debe dar es el análisis de las necesidades al respecto. La legislación aplicable en este sentido, en el ámbito del estado es la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, que determina en su artículo 34 que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales deben orientarse a la mejora de la calidad del SNS. En el ámbito autonómico, la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura establece, en su artículo 43, que la estructura asistencial del SSPE debe reunir los requisitos que permitan su utilización para la docencia pregraduada y postgraduada. Por otro lado, el artículo 44 indica que la Junta de Extremadura velará para que la formación de los profesionales de la salud se adecue a las necesidades del SSPE y que la estructura asistencial del SSPE deberá ser utilizada para la formación continuada de los trabajadores sanitarios.				
Requisitos mínimos	Se debe realizar el análisis de las necesidades de conocimiento que tienen los profesionales, y priorizarlas, al menos una vez al año, siendo esta la base para el diseño del Plan de Formación definido en el estándar 3.1.9.				

Ejemplos	Las necesidades de conocimiento pueden traducirse en necesidades formativas sentidas (aquellas que el profesional refiere al ser interrogado o encuestado) y no sentidas (aquellas de las que el profesional no es consciente, pero que pueden manifestarse en la práctica diaria). Se pueden objetivar evidencias documentales como pueden ser informes técnicos donde figure la identificación y priorización de necesidades formativas del personal, por categorías. Se pueden realizar entrevistas a la dirección, o a los responsables de formación.
-----------------	--

Descripción del estándar	Se favorece el acceso del personal a las fuentes del conocimiento actual	Código:	5.2.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Una vez que el profesional detecta una necesidad de conocimiento, para dar respuesta a la misma puede recurrir a varias vías, cuales son: la formación continuada, el acceso a fuentes documentales, o la investigación en el campo de las ciencias de la salud. Las organizaciones sanitarias deben facilitar en lo posible a los profesionales la adquisición de los conocimientos necesarios para el desempeño de su labor, más aún cuando se trata de las Ciencias de la Salud, que permanecen en continuo desarrollo e innovación, y cuyo destinatario final es el paciente (en las actividades de curación o rehabilitación) o el ciudadano (en las actividades de promoción y prevención de la enfermedad). En cualquier caso, los contenidos a disposición de los profesionales deben ser de calidad, de fácil acceso y actualizados.				
Requisitos mínimos	Deben existir los canales suficientes para el acceso del personal a las fuentes del conocimiento actual, facilitados por la dirección y suficientemente difundidos para su utilización.				
Ejemplos	Existe una programación para la formación continuada del personal, realizada en base a las necesidades detectadas en encuestas, o en la objetivación directa del desempeño. Existe una biblioteca con fondos documentales actualizados y de fácil acceso. Existe acceso a la Red de Bibliotecas del SSPE, a través de la Intranet del SES.				

Descripción del estándar	<i>Existe una sistemática para acceder y compartir las mejores prácticas y el conocimiento dentro del CSES</i>	Código:	5.2.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Actualmente la adaptación profesional es más necesaria que nunca, debido a los rápidos avances y cambios, por lo que las demandas sanitarias son constantemente variables. La organización, en consecuencia, debe desarrollar y mantener el conocimiento y la capacidad de su personal mediante actividades de información, adiestramiento y formación continuada, al objeto de propiciar una prestación profesional actualizada y de calidad, puesto que el capital intelectual de la organización es su mayor activo.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Debido a las múltiples formas que puede adoptar un sistema de este tipo, el equipo evaluador debe analizar si el sistema establecido está enfocado a dar respuesta al estándar, tanto en el establecimiento del sistema como en la obtención de los resultados derivados.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>• Sin evidencias del establecimiento de un sistema mediante el cual el personal pueda acceder y compartir las mejores prácticas y el conocimiento.</i> <i>• Con evidencias del establecimiento de un sistema mediante el cual el personal pueda acceder y compartir las mejores prácticas y el conocimiento.</i> <i>• Con evidencias del establecimiento y funcionamiento estable (al menos durante los últimos tres años) de un sistema mediante el cual el personal pueda acceder y compartir las mejores prácticas y el conocimiento.</i>				
Ejemplos	<i>Los ejemplos para este estándar serían los de actividades que abarquen integralmente la información, adiestramiento y formación continuada.</i> <i>Como sistemática de acceso y de compartir las mejores prácticas se pueden citar:</i> <i>- Acceso a Guías de Práctica Clínica (Portal GuiaSalud).</i> <i>- Acceso a páginas web como la de Cochrane Library.</i> <i>- Disponibilidad de bibliografía actualizada.</i> <i>- Celebración periódica de sesiones clínicas.</i>				

	- <i>Asistencia a congresos, jornadas, talleres, seminarios, etc.</i> - <i>Reciclaje formativo de profesionales de atención primaria.</i> - <i>Estancias formativas de profesionales hospitalarios.</i> - <i>Invitación de profesionales de otros CSES, expertos en determinadas materias para charlas, debates, sesiones clínicas, etc.</i> <i>Para constatar este estándar se puede acceder a la información referida a través del responsable de formación, comprobando la sistemática establecida para compartir los conocimientos y las mejores prácticas.</i>
--	---

Descripción del estándar	<i>Se apoya la realización de acciones de investigación.</i>	Código:	5.2.4	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>En los CSES se puede desarrollar la Investigación aplicada, que consiste en la utilización de los conocimientos en la práctica, para aplicarlos, en la mayoría de los casos, en provecho de la Sociedad. Un ejemplo son los protocolos de investigación clínica.</i> <i>La Ley de cohesión y calidad del SNS (citada en el estándar 5.2.1), establece en su artículo 44 los principios que deben regir la investigación en el ámbito del SNS.</i> <i>En el ámbito de la CAE, la Ley de Salud de Extremadura (también citada en el estándar 5.2.1), en su artículo 44 establece que todos los CSES del SSPE deben estar en disposición de favorecer la investigación.</i> <i>Sería deseable que la dirección de los CSES fomentara una cultura favorable a la investigación.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se apoya la realización de acciones de investigación.</i> <i>Se apoya la realización de acciones de investigación.</i> <i>Se apoya la realización de acciones de investigación de manera sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos del apoyo a las acciones de investigación pueden ser:</i> <i>- Incentivación de la implicación de los profesionales en actividades de I+DT+i.</i> <i>- Introducción de aspectos relacionados con la metodología y la gestión de I+DT+i en los planes de formación.</i> <i>- Facilitar tiempo en horario de trabajo para la realización de las actividades de investigación.</i> <i>- Facilitar el acceso a las fuentes del conocimiento, por ejemplo, a través de internet.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se aprovechan las sinergias existentes con otras organizaciones para favorecer el intercambio de conocimiento</i>	Código:	5.2.5	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una organización que se preocupa por la calidad científico-técnica de los servicios que se prestan, debe ser consciente de la necesidad de aprovechar las sinergias existentes con otras organizaciones para favorecer el intercambio de conocimiento.</i> <i>Estas organizaciones pertenecerán al ámbito de las Ciencias de la Salud, de manera que se logre el enriquecimiento profesional en base, no sólo al intercambio de información, sino de experiencias en las materias relacionadas con el día a día de la organización.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se aprovechan las sinergias existentes con otras organizaciones.</i> <i>Se aprovechan las sinergias existentes con otras organizaciones.</i> <i>Se aprovechan las sinergias existentes con otras organizaciones, de manera sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Se pueden realizar Cursos, Jornadas, Talleres, Seminarios, Mesas Redondas, etc, con otros CSES, Colegios Profesionales, Universidad, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se divulgan las experiencias de calidad mediante publicaciones científicas</i>	Código:	5.2.6	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Tal y como se manifiesta en el estándar 1.2.7. sobre la implicación del equipo directivo en eventos relacionados con la difusión de la cultura de la calidad del CSES, este estándar pretende que todas las experiencias de calidad obtenidas por los profesionales sean difundidas para enriquecimiento de toda la comunidad.</i> <i>El conocimiento de la gestión de calidad es, hoy por hoy, un factor muy importante en la adecuada gestión de los CSES, de manera que deben articularse herramientas que protejan dicho conocimiento y éste sea difundido entre todas las partes interesadas.</i> <i>Las experiencias obtenidas por los profesionales del CSES deben ser compartidas con el fin de difundir dicho conocimiento. Cada centro debiera tener establecidas sistemáticas para la adecuada difusión de las experiencias de calidad entre la comunidad en la que se desenvuelve, constituyendo las publicaciones científicas un buen modo de difusión.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No se presentan evidencias de la divulgación de experiencias de calidad del CSES en publicaciones científicas.</i> <i>• Se presentan evidencias de la divulgación de experiencias de calidad del CSES en publicaciones científicas.</i> <i>• Se presentan evidencias de la divulgación sistemática y periódica de experiencias de calidad del CSES en publicaciones científicas.</i>				
Ejemplos	<i>Entrevistas con los responsables de calidad o formación, para objetivar publicaciones científicas, por ejemplo de resultados de autoevaluación, de resultados de encuestas de satisfacción, etc.</i>				

5.3 Gestión de Aspectos Éticos

Descripción del estándar	Está establecido un código ético del CSES.	Código:	5.3.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El código ético de la organización es un reflejo de los valores corporativos y de los principios que deben guiar la conducta de la organización y de las personas que la integran. Así mismo, debe inspirar los procedimientos y formas de trabajo que ordenen las relaciones con los clientes, empleados, proveedores y con la sociedad en general El CSES tiene establecido un código ético que contiene las directrices / normas éticas generales para las actuaciones de los trabajadores hacia los pacientes y familiares, interprofesionales y respecto al propio CSES. Dichas directrices se rigen, al menos, por los principios de respeto a la persona o de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia, y de justicia y son coherentes con la MISIÓN, VISIÓN Y VALORES declarados públicamente. Sus principios básicos los encontramos en la siguiente normativa: (“ética de mínimos”). 1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 10, establece un catálogo de derechos sanitarios con carácter de normativa básica aplicable en todo el territorio nacional. 2. Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, suscrito en Oviedo el día 4 de abril de 1997. 3. Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, que regula, en el capítulo III del título I, los derechos y deberes de los ciudadanos respecto al Sistema Sanitario Público de Extremadura. 4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 5. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. 6. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Estos principios básicos, serían: 1. Respeto a la dignidad de la persona. 2. Respeto a la autonomía de su voluntad.				

	3. Respeto a la confidencialidad. 4. Respeto a la intimidad. 5. Respeto al derecho a la información. 6. Garantizar la equidad y el acceso a las prestaciones, y por tanto el derecho a la protección de la salud, en condiciones de igualdad efectiva. 7. Garantizar la calidad. 8. Garantizar la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones referente a sus problemas de salud
Requisitos mínimos	El CSES debe tener documentado y difundido este código ético entre todos los responsables de la dirección así como entre todo el personal del CSES.
Ejemplos	Se puede realizar la revisión documental del código ético. Entrevistas con dirección médica y con miembros del staff (se puede hablar con el responsable de calidad) para evaluar el nivel de implicación y de orientación sobre aspectos éticos que se tienen con los pacientes, familiares y profesionales.

Descripción del estándar	<i>Se adoptan acciones basadas en la ética del CSES</i>	Código:	5.3.2	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La atención sanitaria no sólo debe ir ligada a criterios científico-técnicos, sino que se debe regir en todo momento por principios éticos que tengan en cuenta la situación de cada paciente y el respeto a su condición física, psíquica y social, así como a su capacidad de decisión y todos los derechos que posee en su condición de paciente o ciudadano. Estos principios no sólo deben estar reflejados en la atención sanitaria, sino en todas las actividades del conjunto de la organización, tanto desde la perspectiva institucional, como estructural y funcional. Se debe asumir el compromiso activo de actuar con la mayor efectividad y eficiencia posible en el marco de valores definido públicamente en la MISIÓN, VISIÓN Y VALORES del CSES.</i> <i>La ética de la organización sanitaria se define como “el proceso (o procesos) de tratamiento de perspectivas éticas, asociadas con las áreas de negocio, la financiación y gestión en las organizaciones sanitarias, así como con las relaciones profesionales, educativas y contractuales que afectan a las operaciones de la organización”.</i> <i>En coherencia con el estándar anterior dentro de esta subcategoría, y para llevar a la práctica el contenido de las normas éticas establecidas en el CSES de que se trate, las acciones que se realicen en el entorno sanitario deben estar basadas en la ética del mismo.</i>				
Requisitos mínimos	<i>El equipo evaluador debe analizar el conjunto de evidencias que se presenten al respecto para dirimir si se trata de acciones efectivamente basadas en la ética marcada por el CSES o si su consideración como tal responde a otros intereses. Esto dependerá del modo en que se esté enfocando los aspectos éticos en cada CSES.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se presentan evidencias del establecimiento de acciones basadas en la ética del CSES.</i> <i>Se presentan evidencias del establecimiento de acciones basadas en la ética del CSES.</i> <i>Se presentan evidencias del establecimiento de acciones basadas en la ética del CSES y éstas son consecuencia de una planificación detallada derivada de una estrategia agrupada.</i>				
Ejemplos	<i>Por ejemplo, la organización garantizará que el acceso a la asistencia esté exclusivamente guiado</i>				

	<i>por razones de carácter profesional, técnico y científico, sin permitir injerencias externas y con independencia de la naturaleza de la propia organización.</i> <i>El CSES tiene definido un procedimiento utilizado por todo su personal que, además de permitir la identificación de los valores y las creencias de los pacientes, respeta el derecho a su no discriminación.</i> <i>El CSES cuenta con procesos que garantizan una actuación respetuosa con la intimidad del paciente.</i> <i>El CSES dispone de mecanismos de seguridad y protección a todos los pacientes ante agresiones del entorno, sobre todo en áreas y en colectivos especialmente vulnerables (discapacitados, áreas de pediatría y geriatría).</i> <i>Están establecidos y documentados procedimientos de actuación para facilitar la participación de la familia en la toma de decisiones de carácter asistencial, al menos cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.</i>
--	---

Descripción del estándar	<i>Los profesionales que trabajan en la organización reciben información referente a los derechos de los pacientes</i>	Código:	5.3.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El trato recibido por los pacientes es responsabilidad del CSES, por ello es fundamental el conocimiento y el respeto de los derechos del paciente por parte de los profesionales que trabajan en él.</i> <i>La forma de asegurar el cumplimiento de los derechos de los pacientes gira en torno a dos grandes ejes: que se establezcan los medios adecuados para su cumplimiento y que dichas directrices sean conocidas por todos los implicados.</i> <i>El proceso de atención sanitaria ha de insertarse en un marco donde se consideren y respeten los valores y las preferencias de los pacientes, los cuales han de ser informados de sus derechos y de sus responsabilidades.</i> <i>La garantía del cumplimiento de los derechos y deberes del paciente ha de sustentarse en la existencia de procedimientos útiles para la consideración de aquellos aspectos que la legislación vigente recoge, siendo, por tanto, necesario que las relaciones entre profesionales y pacientes tengan presente estos principios, que el personal conozca las cuestiones éticas relacionadas con la asistencia del paciente y los procedimientos establecidos por el centro para hacerlas efectivas.</i> <i>Los aspectos referentes al establecimiento de acciones que aseguren el cumplimiento de los derechos de los pacientes se han descrito a lo largo del presente modelo. En este estándar se pretende incidir en las acciones que el CSES adopta para asegurar que los derechos de los pacientes sean conocidos por todos los profesionales del mismo. Este estándar está en concordancia con el 3.1.11 en el que se trataba de la recomendación de formación a los profesionales sobre habilidades de comunicación entre profesionales y usuarios. En el actual estándar se incluirían aspectos formativos sobre los derechos de los pacientes.</i>				
Requisitos mínimos	<i>1. Los profesionales deberán conocer el conjunto de normas éticas y legales que regirán el desarrollo de su práctica asistencial, que garantizan la protección de los derechos de los pacientes en relación al sistema sanitario.</i> <i>2. Los profesionales deberán conocer los procedimientos establecidos por la organización que</i>				

	<i>garantizan la protección de los derechos de los pacientes.</i> <i>3. Los profesionales deberán conocer la carta de derechos y deberes de los usuarios.</i> <i>4. Los profesionales deberán conocer la legislación básica en materia de derechos y deberes de los pacientes.</i> <i>5. Los profesionales serán capaces de explicar sus responsabilidades sobre la protección de los derechos de los pacientes.</i> <i>6. La organización forma a sus profesionales en lo referente a los derechos de los pacientes y su familia.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No se presentan evidencias del establecimiento de actuaciones que el CSES adopta para asegurar que los derechos de los pacientes son conocidos por todos sus profesionales.</i> <i>• Se presentan evidencias del establecimiento de actuaciones que el CSES adopta para asegurar que los derechos de los pacientes son conocidos por todos sus profesionales.</i> <i>• Se presentan evidencias del establecimiento de actuaciones sistemáticas que el CSES adopta para asegurar que los derechos de los pacientes son conocidos por todos sus profesionales.</i>
Ejemplos	<i>Estas acciones pueden ser de distinta índole, desde carteles estratégicamente distribuidos, hasta cartas personalizadas o charlas divulgativas y/o (in)formativas al personal.</i> <i>Se pueden realizar entrevistas a los profesionales para conocer el nivel de difusión de las acciones realizadas por el CSES para garantizar los derechos de los pacientes.</i>

Descripción del estándar	<i>Se realizan consultas al Comité de Ética Asistencial</i>	Código:	5.3.4	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>En las organizaciones sanitarias se plantea la necesidad de crear instancias que sean capaces de aportar criterios que ayuden en la toma de decisiones que deben llevar a cabo los profesionales de la salud en los casos en que la coexistencia de valores contrapuestos o diferentes la dificulta.</i> <i>Una de estas instancias son los Comités de Ética Asistencial.</i> <i>Se denomina Comité de Ética Asistencial aquella comisión consultiva e interdisciplinar, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria y del propio centro sanitario, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial y cuyo objetivo final es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria.</i> <i>Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, de Extremadura. Artículo 40 “Con el objeto de dilucidar aspectos de carácter ético relacionados con la práctica asistencial, establecer criterios generales ante determinados supuestos que pueden aparecer con la incorporación de nuevas modalidades asistenciales y nuevas tecnologías, fomentar el sentido de la ética en todos los estamentos sanitarios y organizaciones sociales o desarrollar cualquier otro tipo de actividad relacionada con la bioética, se crea el Consejo Asesor de Bioética de la Comunidad Autónoma de Extremadura, adscrito a la Consejería de Sanidad y Consumo, y los comités de bioética asistencial, asimismo adscritos a la Consejería de Sanidad y Consumo, que se regirán por las normas que reglamentariamente se determinen.”</i>				
Requisitos mínimos	<i>Los profesionales consultan y tienen en cuenta las recomendaciones del Comité de Ética Asistencial.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>• Sin evidencias de consultas realizadas al Comité de Ética Asistencial.</i> <i>• Con evidencias de consultas realizadas al Comité de ética Asistencial.</i> <i>• Con evidencias de consultas realizadas sistemáticamente al Comité de Ética Asistencial.</i>				
Ejemplos	<i>El CSES puede tener documentado y difundido el procedimiento para la realización de consultas al Comité de Bioética, de manera que se podría hacer revisión documental del mismo.</i>				

	<i>Una fuente para valorar la implicación de los profesionales con el código ético del CSES, puede ser el número de consultas que se realizan al Comité de Ética Asistencial, mediante revisión documental de las mismas.</i> <i>Entrevista con el presidente del Comité de Ética Asistencial.</i> <i>Se pueden realizar entrevistas a los profesionales.</i>
--	--

Descripción del estándar	Está definida una política de actuación en relación con la atención a pacientes en situación avanzada o terminal	Código:	5.3.5	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Se define como situación de enfermedad terminal: “Aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que conlleva síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en enfermos, familiares y equipos, con un pronóstico de vida limitado (generalmente inferior a los seis meses), que genera una gran demanda de atención, y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de la familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación.” El CSES debe definir una política de actuación en relación con la atención a pacientes terminales teniendo como guía su bienestar y dignidad, con sensibilidad ante temas delicados, implicando al paciente y su familia y respondiendo a sus preocupaciones y creencias. El paciente en situación avanzada o terminal precisa una asistencia responsable y respetuosa que atienda a su necesidad de tratamiento sintomático adecuado, basado en sus deseos o los de su representante como se refleja en los estándares 5.1.3, y 5.1.4 y en las posibilidades terapéuticas, que combata el dolor de manera firme y eficaz, que trate de forma sensible temas delicados como la realización de autopsia o la donación de órganos, que respete los valores religiosos y filosóficos del paciente y su familia y que responda a sus preocupaciones psicológicas, sociales, emocionales, espirituales y culturales. Es muy importante una definición clara de los objetivos que deben enmarcar actuaciones asistenciales y evitar tanto la obstinación terapéutica como el abandono del paciente. Sólo con guías de actuación bien consensuadas podrán homogeneizarse este tipo de atención y descargar así al propio profesional (médicos y enfermeras) de la carga de decisiones individualizadas que puedan comportar problemas de tipo legal o ético. Homogeneizar la actitud ante el final de la vida se está convirtiendo no tan sólo en una necesidad para los profesionales de la sanidad sino también una creciente demanda de los usuarios de los servicios sanitarios.				

Requisitos mínimos	La política del CSES al respecto contemplará aspectos tales como su postura para iniciar los servicios de resucitación o para utilizar y retirar el tratamiento de mantenimiento vital, el cumplimiento de todos los requisitos legales, las situaciones sobrevenidas en el transcurso del tratamiento que modifican las circunstancias de la decisión y el asesoramiento ético y legal a los profesionales de la asistencia implicados en la decisión.
Ejemplos	Procedimientos definidos y documentados acerca del control del dolor, atención psicológica y religiosa ante la muerte, y que precisan el reflejo documental de la voluntad del paciente. Programa de atención a pacientes terminales. Criterios definidos de abandono de maniobras de resucitación cardiopulmonar, interrupción de tratamiento y soporte vital, y cumplimiento de la normativa en vigor.

Descripción del estándar	La política de actuación en relación con la atención a pacientes en situación avanzada o terminal, tiene como bases el bienestar y dignidad de dichos pacientes con sensibilidad ante temas delicados	Código:	5.3.6	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Los principios y objetivos fundamentales de la atención a pacientes terminales son los de promover la máxima calidad de vida, dignidad, y autonomía a los enfermos, teniendo en cuenta sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, considerando al enfermo y su familia como una unidad a tratar. El paciente terminal precisa una asistencia responsable y respetuosa que atienda a su necesidad de tratamiento sintomático adecuado, basado en sus deseos o los de su representante y en las posibilidades terapéuticas. La preocupación por el confort y la dignidad del paciente rigen todos los aspectos de la atención en los tramos finales de la vida. Para conseguirlo, el personal debe tener conciencia del tipo de necesidades específicas de estos pacientes.				
Requisitos mínimos	La práctica clínica en pacientes terminales está fundamentada en la dignidad, la autonomía y la calidad de vida, con una atención integral del enfermo y su familia, adaptándose a los objetivos cambiantes de los pacientes. En la política de actuación del CSES en relación con la atención a pacientes terminales se tiene en cuenta el bienestar y dignidad de dichos pacientes con sensibilidad ante temas delicados y dicha política está documentada, aprobada por dirección y difundida entre todos los implicados.				
Ejemplos	El cumplimiento de este estándar podría objetivarse con la observación de datos de la historia clínica que reflejen el haber preguntado sobre los deseos del paciente y/o sus familiares, respetando dichos deseos. Se necesitaría realizar un muestreo aleatorio de historias clínicas. Objetivar: que combata el dolor de manera firme y eficaz, que trate de forma sensible temas delicados como la realización de autopsia o la donación de órganos, que respete los valores religiosos y filosóficos del paciente y su familia y que responda a sus preocupaciones psicológicas, sociales, emocionales, espirituales y culturales.				

	Se pueden examinar las reclamaciones de familiares o representantes legales al respecto. Se pueden realizar entrevistas a profesionales sanitarios. El CSES establece medidas que permitan el confort del paciente y el acompañamiento por los familiares. El CSES contempla la intervención psicológica con el paciente terminal y sus familiares dentro del proceso asistencial. El CSES ofrece la posibilidad de apoyo espiritual y religioso según la confesión o rito del paciente terminal.
--	--

Descripción del estándar	<i>Está establecida la postura del CSES para iniciar los servicios de resucitación y para retirar el tratamiento de mantenimiento vital</i>	Código:	5.3.7	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>En coherencia con el estándar 5.3.5, y dentro de la política de actuación en relación con la atención a pacientes en situación avanzada o terminal, debería existir un documento que regulara la actuación del CSES en relación con la atención a pacientes terminales y contemplara aspectos tales como su postura para iniciar los servicios de resucitación o para utilizar y retirar el tratamiento de mantenimiento vital, el cumplimiento de todos los requisitos legales, las situaciones sobrevenidas en el transcurso del tratamiento que modifican las circunstancias de la decisión y el asesoramiento ético y legal a los profesionales de la asistencia implicados en la decisión.</i> <i>Las decisiones acerca de prescindir de los servicios de resucitación o del tratamiento de mantenimiento vital son algunas de las elecciones más difíciles para los pacientes, familias, profesionales sanitarios y organizaciones. No existe procedimiento que pueda prever todas las situaciones en que haya que tomar este tipo de decisiones. Por esta razón, es importante que el CSES desarrolle un marco de actuación para tomar este tipo de decisiones.</i> <i>Este marco de actuación ayuda a la organización a posicionarse en estas cuestiones, asegura que la posición adoptada por el CSES se ajusta a las normas religiosas y culturales de la población, así como a cualquier requisito normativo o legal, guía las situaciones que se modifican durante la atención y a los profesionales sanitarios en las cuestiones legales y éticas para llevar a cabo los deseos de los pacientes.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias documentales del establecimiento de normas y procedimientos del CSES para iniciar los servicios de resucitación y para retirar el tratamiento de mantenimiento vital.</i> <i>Están establecidos documentalmente las normas y procedimientos del CSES para iniciar los servicios de resucitación y para retirar el tratamiento de mantenimiento vital.</i> <i>Están establecidos documentalmente las normas y procedimientos del CSES para iniciar los servicios de resucitación y para retirar el tratamiento de mantenimiento vital, y se evidencia su cumplimiento.</i>				

Ejemplos	<i>Para objetivar este estándar se podría comprobar la existencia de normas y procedimientos para iniciar los servicios de resucitación y para retirar el tratamiento de mantenimiento vital.</i> <i>Protocolos de actuación en situación de parada cardiopulmonar y mantenimiento vital, especialmente en servicios como Urgencias y Unidades de Cuidados Intensivos. Se puede realizar análisis documental al respecto.</i> <i>Existe un protocolo de normas y procedimientos sobre el inicio de los servicios de resucitación de la retirada del tratamiento de mantenimiento vital.</i> <i>Existe constancia en la historia clínica del procedimiento de toma de decisiones entre el equipo y el paciente y la familia.</i> <i>Si existe una Orden de no reanimación (ONR) se constata que se ha recogido en la historia clínica del paciente. Se define Orden de no reanimación (ONR) como la instrucción, política o toma de decisión para que no se empleen maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) en un paciente que ha dejado de respirar y/o ha entrado en parada cardíaca.</i>

Descripción del estándar	<i>Se llevan a cabo actuaciones de atención social para facilitar la plena reincorporación del paciente a su entorno</i>	Código:	5.3.8	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La adecuada asistencia sanitaria no debiera limitarse exclusivamente al período de tiempo en que el paciente es atendido en el CSES, sino que el centro debiera articular los medios necesarios para facilitar la plena reincorporación del paciente a su entorno, según proceda.</i> <i>Esta faceta de la atención reviste la mayor importancia en pacientes cuya autonomía se encuentra limitada y dificulta la reincorporación a su medio habitual, haciendo necesaria una atención socio-sanitaria adecuada o unos recursos especiales de ayuda y soporte domiciliario.</i> <i>Deben tenerse en cuenta, complementariamente a las actuaciones descritas, aquellos aspectos médicos asociados que pudieran necesitarse, tales como seguimiento periódico, asistencia psicológica, etc.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias documentadas del establecimiento de actuaciones para facilitar la plena reincorporación del paciente a su entorno.</i> <i>Se presentan evidencias documentadas del establecimiento de actuaciones para facilitar la plena reincorporación del paciente a su entorno.</i> <i>Las actuaciones para facilitar la plena reincorporación del paciente a su entorno desarrolladas por el CSES están recogidas documentalmente, aprobadas por dirección y difundidas a todos los implicados.</i>				
Ejemplos	<i>Para este tipo de actuaciones es recomendable la colaboración activa con los colectivos representativos de usuarios, ciudadanos en general y autoridades –tanto locales como generales-, de manera que se identifiquen las acciones más adecuadas para facilitar la correcta reinserción en el entorno del paciente.</i> <i>Para objetivar el cumplimiento de este estándar podría comprobarse la existencia de actuaciones por parte de trabajadores sociales, psicólogos, etc.</i> <i>En plantas pediátricas, se puede contar con la presencia de profesores para los ingresos de larga</i>				

	<i>estancia hospitalaria, biblioteca, sesiones cinematográficas, etc.</i>
--	---

Descripción del estándar	<i>Se llevan a cabo actuaciones de educación de los pacientes y/o familiares en la continuidad asistencial que pudieran necesitar</i>	Código:	5.3.9	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La adecuada asistencia sanitaria no debiera limitarse exclusivamente al período de tiempo que el paciente es atendido en el CSES, sino que el centro debiera articular los medios necesarios para educar al paciente o familiares en la continuidad asistencial que pudiera necesitar, lo cual redundaría en un aumento de la eficiencia del propio centro toda vez que son atenciones que al ser procuradas por el propio paciente el CSES no tiene que realizarlas.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se presentan evidencias del establecimiento de actuaciones de educación de los pacientes y/o familiares en la continuidad asistencial.</i> <i>Se presentan evidencias del establecimiento de actuaciones de educación de los pacientes y/o familiares en la continuidad asistencial.</i> <i>Las actuaciones de educación de los pacientes y/o familiares en la continuidad asistencial están recogidas documentalmente, aprobadas por la dirección y difundidas a todos los implicados.</i>				
Ejemplos	<i>Es importante la educación de los pacientes y/o familiares en la comprensión y el manejo de los diferentes medios y equipos que forman parte de su proceso asistencial, en el uso seguro y eficaz de la medicación, en los hábitos dietéticos y nutrición, en las normas de higiene y aseo personal, en las técnicas de rehabilitación y en la continuidad asistencial que pudieran precisar.</i> <i>Por ejemplo, educación diabetológica, educación del manejo de material necesario para el control de su patología por parte del enfermo, etc.</i> <i>Se puede objetivar el cumplimiento de este estándar por los datos reflejados en las historias clínicas acerca de las actuaciones de educación de pacientes y familiares en la continuidad de los cuidados sobre su enfermedad.</i>				

Categoría 6: GESTIÓN DE PROCESOS

Definición

Cómo la organización identifica, gestiona, revisa y mejora sus procesos.

Propósito

Es difícil que una organización sanitaria pueda plantearse la consecución de unos objetivos si no tiene sus procesos debidamente identificados y sujetos a control. La gestión de los procesos debe ser la base sobre la que poder construir estrategias que permitan la consecución de unos resultados, por lo que en esta categoría se hace un recorrido por aquellos aspectos que la gestión de CSES debiera incorporar, tanto desde el punto de vista de los procesos asistenciales, como la de los no asistenciales.

Es importante ser conscientes de que la eficacia y eficiencia de los procesos asistenciales, en numerosas ocasiones, está supeditada a la eficacia y eficiencia de los procesos no asistenciales. Los procesos de una organización sanitaria deben estar identificados y diseñados de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (facultativos, enfermería, personal no asistencial, etc.) garantizando eficiencia, efectividad y calidad de servicio.

6.1 Diseño y Gestión de Procesos Clave

Descripción del estándar	Están identificados los procesos clave del CSES y los flujos de actividad y documentación / información asociados	Código:	6.1.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Un proceso es la secuencia ordenada y repetitiva de acciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada o input, para obtener una salida determinada o output. Permite organizar lo que hacemos, medirlo y mejorarlo. Debe tener una misión claramente definible (qué, para qué y para quién se hace), reconocer los elementos del entorno directamente afectados, identificar los principales indicadores que nos permitan medir la efectividad y eficiencia del sistema y por ultimo representarlo gráficamente. Se consideran procesos claves aquellos que están en el centro de la toma de decisiones para la mejora de la calidad de la atención que se presta a los ciudadanos, teniendo en cuenta una visión multidimensional que contemple elementos de continuidad de la atención, satisfacción del ciudadano, eficiencia y eficacia. Se podrían considerar procesos claves aquellos extraídos de los procesos relevantes del CSES, que inciden de manera significativa en los objetivos estratégicos y que son críticos para el éxito de la organización (CSES). En definitiva, procesos claves serían aquellos que son tratados o regulados a nivel de la dirección. El CSES debe tener identificados y clasificados sus procesos clave, que pueden ser a su vez de tres tipos: estratégicos (tanto de la organización como de la dirección del CSES, que marca las directrices en la planificación política y estratégica); operativos (procesos que están en relación directa con el cliente); y de soporte (apoyan a los procesos operativos para que cumplan su misión). Todos ellos están representados en los sistemas de información implantados en los CSES, y poseen documentación entre las que figuran los cuadros de mandos asociados a cada proceso.				

Requisitos mínimos	Se deben tener definidos la secuencia e interacción de los procesos clave (mapa de procesos) y los circuitos de documentación e información asociados. Deben encontrarse definidos documentalmente los procesos clave en relación a las distintas áreas que participan en los mismos, quedando recogido, en el mismo soporte, la documentación usada como referencia, la documentación e información generada en el desarrollo de la actividad y el área depositaria de la misma.
Ejemplos	A modo de ejemplo un proceso clave es el de admisión, para el cual se debe definir documentalmente su interacción con otros procesos clave, como hospitalización o consultas externas (a nivel hospitalario), o consultas (a nivel de centros de salud), etc; en relación a las áreas o departamentos que intervienen: administración, archivo, etc; y la documentación e información generadas en las mismas. Otro proceso clave podrá ser el de Urgencias, con sus interacciones con otros Servicios como por ejemplo laboratorio, radiología, derivación a otros servicios, etc. y la documentación asociada, como protocolos.

Descripción del estándar	Está establecido el método para validar los procesos de nueva creación en el CSES	Código:	6.1.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La incorporación de nuevos procesos en el CSES debe realizarse de acuerdo a una sistemática que establezca cuáles son los mecanismos para informar a la dirección de la necesidad de incorporación de un nuevo proceso, así como el agente responsable de establecer la comisión que participe en la definición del mismo. La adaptación de un proceso al entorno de la organización puede requerir modificaciones sobre el mismo, que han de estar basadas en un análisis de los recursos, circuitos o flujos disponibles y / o las expectativas de los usuarios.				

Requisitos mínimos	Debe existir un protocolo o procedimiento que incluya los requisitos descritos anteriormente para la validación de nuevos procesos y los registros que evidencian que dichos requisitos se cumplen en la incorporación de nuevos procesos. El método de validación debe incluir: la modificación del Mapa de Procesos anterior que identifique su interacción con el resto de procesos ya definidos, y el dimensionado de los recursos que participen en el mismo, para un desempeño eficaz y eficiente del proceso. Finalmente el método debe establecerlo el grupo de dirección permanente responsable de la validación del mismo. La solicitud de validación de un proceso de nueva creación debe conllevar la siguiente documentación: • Definición del proceso de forma explícita. • Población a la que va dirigida en el caso de procesos operativos, o acción que se pretende acometer en los estratégicos o mejoras en los procesos operativos que supone la incorporación de un proceso de soporte. • Justificación técnica, económica y social de la incorporación del proceso. • Impacto técnico, económico y social de la incorporación del proceso. • Factibilidad. • Criterios metodológicos de calidad que se deben evaluar en el proceso. • Publicitación e implementación del proceso a instaurar.
Ejemplos	Existencia del procedimiento de validación para los procesos de nueva creación. Evidencia documentada de solicitud al equipo directivo correspondiente del nuevo proceso que se desea incorporar. Se puede tomar como evidencia de análisis la documentación (reportes de la dirección, informes técnicos, etc.) correspondiente a la aceptación argumentada por parte del equipo directivo del nuevo proceso a incorporar. Evidencias del seguimiento del equipo directivo de la evaluación del nuevo proceso instaurado y Plan de mejora continua del mismo.

Descripción del estándar	Los procesos clave del CSES están debidamente documentados, validados y difundidos	Código:	6.1.3	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Con el objetivo de evitar la variabilidad en las actuaciones, se ha de documentar el procedimiento para la gestión del proceso una vez adaptado al entorno específico de la organización. Esta documentación debe ser difundida y estar disponible para los profesionales. Los procesos identificados como clave deben estar documentados, hasta un nivel de detalle que describa la secuencia e interacción de los mismos junto a los circuitos documentales y de información que requieran y/o generen. Dichos procesos deben estar validados de acuerdo al procedimiento mencionado en el estándar 6.1.2 y difundidos entre las áreas y el personal asociado a cada uno de los procesos clave. La difusión de la documentación desarrollada debe asegurar que el personal afectado conozca cuáles son los procesos clave en que participa, las funciones principales que desempeña, así como las interrelaciones con el resto de procesos claves.				
Requisitos mínimos	Se debe disponer de la documentación que describa los procesos clave y los registros que evidencien la validación de los mismos. Por otro lado se debe evidenciar la difusión de la documentación de los procesos clave entre el personal, a través de los canales definidos para la difusión.				
Ejemplos	Evidencia de la documentación en la que se establecen los procesos clave. Difusión de la documentación de los procesos clave a través de correo interno, intranet, tablón de anuncios de personal, sesiones de formación y/o grupos de trabajo, reuniones de área, etc. Entrevistas con la dirección y el personal.				

Descripción del estándar	Para cada proceso clave están definidas las funciones y responsabilidades implicadas, incluyendo las tareas en las que interviene más de una Unidad	Código:	6.1.4	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La identificación de las Unidades en relación a las funciones y responsabilidades desempeñadas, facilita la visualización y comprensión de la actividad sanitaria, así como el análisis de la capacidad de cada Unidad para dar respuesta a los resultados planificados. Por otro lado, facilita la constante adaptación de los procesos a las necesidades de los usuarios y los cambios de la organización.				
Requisitos mínimos	Para comprobar este estándar se debe poder verificar que la documentación asociada a los procesos clave identifica para cada Unidad: las funciones que desempeña, la información de entrada a su actividad, que en algunos casos será salida de tareas de otras Unidades, y las de salida que genera. Así mismo se debe tener identificada a la Unidad responsable del proceso, que es aquella cuya actividad está relacionada directamente con el desarrollo del proceso: es la responsable de la gestión sistemática y de la mejora continua del mismo.				
Ejemplos	Evidencias documentales de que en cada proceso clave están definidas las funciones y las responsabilidades, incluyendo las tareas a realizar por las diferentes Unidades que intervengan.				

Descripción del estándar	Para cada proceso clave están identificados los elementos de entrada del mismo, incluyendo competencia del personal, documentación asociada, equipamiento a utilizar y requerimientos asociados al ambiente de trabajo	Código:	6.1.5	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Dentro de la definición de los procesos se debe definir el perfil de competencia (teniendo en cuenta conocimientos, habilidades y actitudes) para cada uno de los puestos que componen la Unidad, la documentación necesaria para el desempeño de las actividades en función de la competencia del personal, los formularios tipos al uso, los sistemas de información al uso (bases de datos, intranet, etc.), y los requerimientos relativos al ambiente de trabajo como condiciones de limpieza, esterilización, iluminación, etc. Para los profesionales existirá una definición del proceso que incluirá como mínimo: - Definición del proceso. - Grupo de prestaciones a las que pertenece el proceso. - Población a la que va dirigido el proceso. - Criterios de calidad a medir en el proceso. - Elementos de soporte necesarios para desarrollar el proceso.				
Requisitos mínimos	Deben estar accesibles para cada puesto los requisitos de formación mínimos (académica o experiencia) y, en caso de necesitarlo, el periodo bajo tutela a la incorporación al puesto. Igualmente, deben estar definidos el equipamiento a utilizar (incluidos los soportes informáticos) y se debe comprobar el cumplimiento de las condiciones relativas al ambiente de trabajo.				
Ejemplos	Por ejemplo, la Unidad de Quirófano debe tener identificado en su Proceso todas las entradas, como son los registros que generan otras Unidades (Hospitalización, Pruebas Complementarias, etc.) así como las salidas, registros que se generan como resultado de su actividad, que en este caso se vuelcan en la historia clínica del usuario.				

Descripción del estándar	Existe una sistemática documentada para el desarrollo, revisión, actualización y modificación de los procesos clave del CSES	Código:	6.1.6	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Debe estar documentada la sistemática para el desarrollo de los procesos clave, estableciéndose quién es el agente responsable que convoca la comisión en cada caso, para el análisis y estudio de los procesos clave. Dicha sistemática debe recoger el modo de realizar la planificación de las distintas fases del desarrollo y los criterios para la aprobación de los resultados de cada una de ellas. Esta sistemática debe recoger también las condiciones que provocan su revisión y el órgano al que deben trasladarse los motivos de la misma. Al igual que para su desarrollo, el mismo órgano debe convocar la comisión para la modificación.				
Requisitos mínimos	Debe existir la documentación que recoge la sistemática para el desarrollo, revisión, actualización y modificación de los procesos claves, así como la evidencia de su implantación, es decir, las planificaciones del desarrollo de cada proceso clave en las que se identifiquen los participantes, las distintas fases asociadas, un calendario y los responsables de la revisión de cada una de ellas.				
Ejemplos	Existen evidencias de actas de las reuniones de revisiones de los Planes estratégicos, y evidencias de la revisión de los procesos claves en los CSES cada año, donde se analicen los cambios en la demanda de la población, el ajuste a la legislación vigente o el reajuste a la incorporación de nuevos procesos.				

Descripción del estándar	<i>La secuencia e interacción de los procesos clave es actualizada como consecuencia del análisis de la información obtenida en el conjunto de actividades del CSES</i>	Código:	6.1.7	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Debe evidenciarse que el análisis de los datos, las necesidades de los usuarios y los cambios de la asistencia sanitaria provocan las modificaciones en la secuencia e interacción de los procesos clave.</i> <i>Las reuniones de análisis deben tener como resultado en los casos oportunos la modificación del Mapa de Procesos.</i> <i>Sería deseable que las reuniones de análisis de datos entre los responsables de las distintas áreas de la actividad asistencial y no asistencial se realice con una frecuencia predefinida.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>Sin evidencias de la realización de análisis de datos.</i> <i>Con evidencias de la realización de reuniones de análisis de datos en las que alguna concluya con la actualización del Mapa de Procesos.</i> <i>Con evidencias de realización de reuniones sistemáticas para el análisis de la información en las que se concluya con actualización del Mapa de Procesos.</i>				
Ejemplos	<i>Existen actas de las reuniones del equipo directivo en el nivel de la planificación estratégica, donde se revisa el Plan estratégico de la organización.</i> <i>Existen actas de reuniones de las comisiones de la dirección de los CSES o Consejos de Administración, al menos con una periodicidad anual, para analizar de nuevo el Mapa de Procesos e identificar los procesos claves y las mejoras introducidas.</i> <i>Existen evidencias de haber trabajado desde la dirección de los CSES en la mejora global de los procesos claves, con el objetivo de repercutir en las categorías de resultados de este Modelo de Calidad.</i>				

Descripción del estándar	Para cada proceso clave están identificados los registros que se deben generar como consecuencia de la realización de las actividades de los procesos	Código:	6.1.8	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La documentación asociada a cada proceso clave debe establecer cuáles son los registros que evidencian su desempeño. Se deben definir las Unidades que participan en su cumplimentación, el circuito que sigue, el soporte en que se genera (papel o electrónico), la necesidad o no de copias de seguridad y, si lo requiere, el periodo de archivo y el área responsable de su custodia.				
Requisitos mínimos	Deben estar accesibles los registros cumplimentados establecidos en el procedimiento, estar ordenados por un criterio que facilite su acceso, y archivarse por el periodo establecido.				
Ejemplos	Un ejemplo podría ser, en el proceso clave de hospitalización, todos los registros que genera el seguimiento de la evolución del paciente, volcados en los formatos que componen la historia clínica del mismo. Los registros son la evidencia de que el trabajo se ha hecho, por ejemplo datos del laboratorio, registros de compras, historia clínica, registros de imagen (películas o digital), formularios y listas de comprobación cumplimentados, base de datos electrónicos, prescripciones enviadas a farmacia, registros de estupefacientes.				

Descripción del estándar	Para cada proceso clave están definidos los resultados que debiera proporcionar	Código:	6.1.9	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La documentación de cada proceso clave debe establecer la misión del mismo; dicha misión debe ser medible a través de los resultados que dicho proceso debe alcanzar. Por esto los resultados a obtener deben estar identificados dentro de la documentación asociada a los procesos clave.				
Requisitos mínimos	Cada definición de proceso clave debe llevar asociados los resultados que persigue, y estos resultados deben ser medibles, lo que permitirá su seguimiento.				
Ejemplos	Informes técnicos sobre resultados asistenciales, económicos, etc., con la información adjunta de los resultados esperados. Actas de reunión de la dirección en las que se aborde los resultados a obtener tras la implantación de cada proceso.				

Descripción del estándar	Para cada proceso clave está definido el conjunto de indicadores que aporten información sobre si el proceso está alcanzando los resultados planificados	Código:	6.1.10	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Un indicador es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades. Un indicador expresa la información como un suceso o una ratio (índice) de sucesos, valorando de forma objetiva lo que se está haciendo. Asociado a la medición de los resultados se deben definir los indicadores que faciliten el seguimiento de los procesos. Dichos indicadores, llamados de resultados, deben tener una expresión precisa a partir de los datos que genera el proceso clave y recoger aspectos de capacidad, eficacia, eficiencia y adaptabilidad de los procesos. Miden lo que pasa (o no) después de haber realizado una actividad (proceso).				
Requisitos mínimos	La definición de los indicadores debe incluir la frecuencia de seguimiento de los mismos, la naturaleza del propio indicador en cuanto a que sean relativos a cada periodo, acumulado o con medias móviles, etc.				
Ejemplos	Indicadores de resultados en los Contratos de Gestión o similares. Informes técnicos, actas de reunión, reportes a la dirección, con los indicadores de resultados para cada proceso clave.				

Descripción del estándar	<i>Se realiza un seguimiento, en los foros adecuados, de la información aportada por los indicadores de los procesos clave</i>	Código:	6.1.11	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El resultado del seguimiento de los indicadores debe ser trasladado a los responsables de las unidades participantes, para que tengan una visión total del proceso, puedan analizar los datos y tendencias y actuar en caso de desviaciones de los resultados esperados.</i> <i>En los casos de resultados por debajo de lo esperado o tendencias que no apuntan a su consecución, debiera poderse evidenciar que el análisis de los datos concluye con el establecimiento de acciones destinadas a su corrección; dichas acciones deben incluir los responsables de su ejecución, los plazos y recursos necesarios y los responsables de analizar la eficacia de las mismas de cara a los seguimientos posteriores de indicadores.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias del análisis de la evolución de los indicadores.</i> <i>• Con evidencias de la realización de análisis de la evolución de los indicadores.</i> <i>• Con evidencias de realización de reuniones periódicas para el análisis de la evolución de los indicadores en las que se concluya con acciones para corregir resultados no deseados.</i>				
Ejemplos	<i>Existen evidencias como actas de reuniones de la dirección de la organización que revisa el Plan estratégico.</i> <i>Existen evidencias en forma de actas de reuniones con revisiones periódicas, al menos anuales de los procesos claves en las Comisiones de Dirección de los CSES.</i> <i>Se reflejan en la arquitectura de los sistemas de información de la organización los datos fundamentales para este seguimiento.</i> <i>Se hace partícipe a los órganos de participación comunitaria de los centros directivos de la evolución de estos indicadores de los procesos clave.</i>				

Descripción del estándar	Existe una sistemática para identificar problemas y establecer acciones para el adecuado tratamiento de los mismos, al nivel que proceda	Código:	6.1.12	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Debe existir una sistemática para la identificación y priorización de problemas u oportunidades de mejora, que asegure el tratamiento de los mismos. Así mismo, debe existir una sistemática para el traslado de dicho problema al nivel de responsabilidad más adecuado, que realice el análisis de las causas y establezca las medidas para el tratamiento de las mismas. Esta sistemática debe asegurar el seguimiento de las acciones y la comprobación de la eficacia de las mismas. La sistemática debe incluir los mecanismos para comprobar el cumplimiento de los plazos asignados para el análisis de los problemas identificados, y para las conclusiones y acciones definidas.				
Requisitos mínimos	Debe existir información relativa a la identificación de los problemas, de su traslado al nivel de responsabilidad adecuado, del análisis de las causas y de las acciones, responsables y fechas asignados, así como de la eficacia de las mismas.				
Ejemplos	Existen evidencias en forma de actas de reuniones, en las que existen revisiones periódicas, al menos anuales, de los procesos en las Comisiones de Dirección de los CSES, proponiendo medidas de mejora.				

Descripción del estándar	<i>Se realizan auditorías internas para analizar la eficacia de los procesos definidos</i>	Código:	6.1.13	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Debe existir una sistemática para la realización de auditorías internas que contrasten la adecuación de las actividades, los flujos de información, los registros generados y demás aspectos reales frente a los establecidos.</i> <i>La sistemática debe incluir la metodología para la planificación periódica de las mismas, para la selección del equipo auditor, y criterios para el dimensionado y distribución de las mismas.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de la realización de auditorías internas.</i> <i>• Con evidencias de la realización de auditorías internas.</i> <i>• Con evidencias de realización de auditorías internas periódicas.</i>				
Ejemplos	<i>Informe de auditorías internas sobre los procesos.</i> <i>Se reflejan los procesos en los sistemas de información, existiendo de forma automática un seguimiento de los mismos.</i>				

Descripción del estándar	<i>La información procedente de las auditorías internas es analizada en los foros adecuados del CSES</i>	Código:	6.1.14	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Debe establecerse el mecanismo que asegure el traslado del resultado de las auditorías a los niveles de responsabilidad adecuados, es decir, que tengan la suficiente visión de los procesos afectados y acceso a todos los datos que faciliten el análisis de los mismos.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>Sin evidencias del análisis de los resultados de auditoría.</i> <i>Con evidencias de la realización del análisis por parte de responsables de unidad, área o servicio.</i> <i>Con evidencias de la realización del análisis de los resultados y diseño de las acciones orientadas a la resolución de las desviaciones detectadas en el foro adecuado.</i>				
Ejemplos	<i>Existen evidencias en forma de actas sobre revisiones periódicas, al menos anuales, de los procesos claves en las Comisiones de Dirección de los CSES, proponiendo medidas de mejora en base a los resultados del análisis reflejados en el estándar 6.1.13.</i> <i>Se comunica a los órganos de participación comunitaria la evolución de los indicadores de los procesos clave, proponiendo éstos medidas de mejora. Por ejemplo, en el caso del Sistema Sanitario Público de Extremadura, serán los Consejos de Salud de Área o Zona o cualquier tipo de comisión donde participe la comunidad en base a los resultados de los análisis del estándar 6.1.13.</i>				

Descripción del estándar	Está establecido un sistema que permita realizar sugerencias a todas las partes interesadas	Código:	6.1.15	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El conocimiento de las expectativas de los usuarios, en el ámbito de la gestión por procesos es un aspecto clave que nos permite matizar los objetivos previstos, con una dimensión participada con el ciudadano. Las sugerencias por parte de los trabajadores de la organización son también un elemento importante a tener en cuenta en la gestión de procesos. Se debe establecer la sistemática para recoger las sugerencias de todas las partes interesadas, usuarios, empleados, visitas, proveedores, etc. Dicha sistemática debe establecer los distintos canales de recepción de las mismas, el circuito para el traslado de modo que se asegure el tratamiento de las mismas y, en los casos oportunos, el responsable de la comunicación de las conclusiones o medidas establecidas al remitente.				
Requisitos mínimos	Se tiene definida la forma específica de obtener y analizar las sugerencias de los pacientes/ usuarios para adaptar los procesos de su entorno, así como están establecidos los mecanismos para obtener sugerencias acerca de los procesos por parte de los trabajadores implicados en los mismos.				
Ejemplos	Objetivar documentación que recoja el sistema establecido para la recogida de sugerencias. Entrevistas a la dirección. Entrevistas a los SAU y representantes de los trabajadores.				

Descripción del estándar	El sistema de comunicación de sugerencias está anunciado a todas las partes interesadas	Código:	6.1.16	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Debe establecerse el mecanismo para la difusión, a las distintas partes interesadas, de los distintos canales a través de los que remitir las sugerencias.				
Requisitos mínimos	Existencia de la difusión de los sistemas de comunicación de sugerencias.				
Ejemplos	Por ejemplo, se comunica a través de tabloneros de anuncios, tanto en áreas de pacientes como de profesionales, la existencia de un sistema de recogida de sugerencias (que pueden estar plasmados en diversos formatos: papel, electrónico, etc.) que ayuden a mejorar los procesos. En los Servicios de Atención al Usuario y en los puntos de información, se informa de la posibilidad de realizar sugerencias para la mejora de los procesos. En cada Unidad asistencial está a disposición de los usuarios un registro de sugerencias suficientemente anunciado a través de tabloneros de anuncios, etc. Para comprobar el estándar debe sondearse a una muestra representativa de los distintos colectivos que componen las partes interesadas, sobre el conocimiento que tienen de los distintos canales para trasladar sugerencias al Sistema.				

6.2 Diseño y Gestión de los Procesos Asistenciales

Descripción del estándar	Está identificada y aprobada por la autoridad competente la Cartera de Servicios para su utilización en el CSES	Código:	6.2.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Según lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, en su artículo 20.1, se define la Cartera de Servicios como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. En el caso del SSPE es de aplicación la Orden 17 de marzo de 2004, en la que se establece el procedimiento de elaboración y actualización de la Cartera de Servicios del SES, definiéndose por servicios aquellas actividades desarrolladas o fomentadas por los profesionales sanitarios, destinadas a la promoción y prevención, atención y rehabilitación de un problema de salud, con el objeto de satisfacer una demanda sanitaria. Así pues, la Cartera de Servicios presenta los servicios que se ofertan desde la organización. Los servicios se definen, se establecen sus criterios mínimos de oferta, su sistema de información y registro, su población diana, y sus principales indicadores de evaluación. En el caso del SSPE, la autoridad competente para la inclusión de nuevos servicios y prestaciones se atribuye a la Consejería de Sanidad y Dependencia, según lo dispuesto en la Ley de Salud de Extremadura. En el caso de los CSES privados puede denominarse oferta de servicios, pero en definitiva lo que se pretende es que esté identificado y autorizado por la Consejería de Sanidad y Dependencia.				
Requisitos mínimos	Se debe tener identificada la Cartera de Servicios y estar aprobada por la autoridad competente (Consejería de Sanidad y Dependencia).				
Ejemplos	Existe una Cartera de Servicios u oferta de servicios (CSES privados), identificada y aprobada por la autoridad competente. Resolución de Autorización de funcionamiento del CSES.				

Descripción del estándar	Están difundidos y disponibles cada uno de los servicios de Cartera para su utilización en el CSES	Código:	6.2.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Deben establecerse los mecanismos para que los servicios de Cartera se encuentren operativos a nivel de medios, y mantengan las conexiones con el resto de servicios y órganos del centro. Del mismo modo, la difusión y actualización de la Cartera de Servicios debe garantizar su conocimiento por el total de partes interesadas, profesionales de la red asistencial, usuarios, etc.				
Requisitos mínimos	Se debe evidenciar la Cartera de Servicios del CSES, y para comprobar su operatividad, se debe acceder a los datos del seguimiento de los indicadores que apuntan en cada servicio a la tasa de actividad, el nivel de calidad de prestación del servicio, etc. Comprobar que la Carta o Guía de servicios se encuentra en todos los lugares a disposición de las partes interesadas.				
Ejemplos	Pueden estar difundidas a través de su publicación en la página web del CSES. Comprobar a través de entrevistas a la dirección.				

Descripción del estándar	Están identificadas y disponibles para el personal sanitario un conjunto de guías de práctica clínica para su utilización en el CSES	Código:	6.2.3	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El conocimiento científico evoluciona constantemente, por lo que las organizaciones deben disponer de mecanismos y procedimientos que les permitan acceder a la mejor evidencia disponible con el fin de actualizar, en lo posible, la gestión del proceso asistencial. Las guías de práctica clínica son una opción adecuada para mantener y promover una práctica clínica correcta, prestar una atención a los pacientes más efectiva y ayudar a conseguir los mejores resultados en salud. En coherencia con la Cartera de Servicios y la complejidad de los mismos, debe estar definido un conjunto de guías de práctica clínica que faciliten la realización de las tareas, la secuencia e interacción de las mismas, el instrumental y recursos materiales necesarios, los puntos de inspección y la información y registros generados. Se trata de la utilización, en la actividad asistencial habitual, de guías de práctica clínica que estén validadas por sociedades científicas, colegios profesionales o instrumentos evaluativos más avanzados. En el ámbito sanitario público, las guías clínicas utilizadas en cada uno de los centros y servicios, deben estar basadas en la oferta asistencial y serán mayoritariamente validadas por sociedades científicas, colegios profesionales o el proyecto GuíaSalud del Sistema Nacional de Salud.				
Requisitos mínimos	Las guías clínicas deben estar disponibles entre el personal, de modo que se facilite la homogeneidad de los procesos asistenciales, y estar adaptadas en todo momento a la Cartera de Servicios.				
Ejemplos	Existen evidencias de la identificación y puesta a disposición de los profesionales de guías de práctica clínica. Se debe comprobar el mecanismo utilizado para la difusión de las mismas.				

Descripción del estándar	<i>Existe una sistemática implantada para la revisión y actualización de protocolos asistenciales y guías de práctica clínica</i>	Código:	6.2.4	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Se entiende por protocolos asistenciales al conjunto de normas de actuación clínica de obligado cumplimiento en situaciones o circunstancias clínicas concretas, mientras que las guías de práctica clínica son recomendaciones establecidas para la ayuda en el proceso de toma de decisiones en circunstancias específicas, avaladas por evidencias científicas, expertos o por consensos profesionales.</i> <i>Para asegurar que las guías de práctica clínica mejoran los cuidados a los pacientes, estas deben cumplir unos criterios de calidad. Deben reflejar la última evidencia y ser actualizadas regularmente. Debería aparecer una descripción sobre el proceso de actualización en la guía, que debe incluir escala de tiempo, responsabilidades y métodos empleados. En general, se deben revisar cada 4 o 5 años.</i> <i>Debe existir una sistemática para la identificación de necesidades de actualización de los protocolos y guías a partir de las sugerencias de las partes interesadas, de los cambios de la organización o de la evolución de las prácticas médicas. Dicha sistemática debe establecer los responsables que participarán en su modificación y revisión, así como los que trasladarán los cambios a los puestos afectados.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias de la realización de actualizaciones de protocolos asistenciales y guías de práctica clínica.</i> <i>Con evidencias de las revisiones de protocolos asistenciales y guías de práctica clínica de forma puntual.</i> <i>Con evidencias de realización de revisiones y actualizaciones periódicas de los protocolos asistenciales y guías de práctica clínica.</i>				

Ejemplos	<i>Para comprobar este estándar se debe evidenciar que las guías de práctica clínica tienen una vigencia actual validada por la fecha de elaboración o revisión, y están acordes con el conocimiento científico disponible.</i> <i>Las guías de práctica clínica utilizadas tienen una fecha de elaboración adecuada en el periodo de revisión, pero si no es así, existirá justificación desde el punto de vista científico-técnico que evidencie que no es necesario.</i> <i>El CSES revisa periódicamente todos sus protocolos y guías de práctica clínica, para valorar la adecuación a las circunstancias del momento, así como se mantiene informado a través del Portal GuíaSalud de las actualizaciones en las guías de practica clínica.</i>
-----------------	--

Descripción del estándar	<i>Están establecidas e implantadas las vías clínicas</i>	Código:	6.2.5	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Las vías clínicas son planes asistenciales que definen y ordenan secuencialmente actividades e intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible. Definen la secuencia y responsabilidad óptima de las actividades de los distintos profesionales sanitarios para un diagnóstico o procedimiento particular, minimizando retrasos, mejorando el uso de recursos y mejorando la calidad de la asistencia. Constituyen la aplicación detallada de la guía clínica en el medio asistencial donde se aplique. Es una herramienta de coordinación, pues detalla las actividades del día a día en la atención del enfermo con un diagnóstico específico. De este modo permiten realizar la atención sanitaria con una filosofía de alta resolución.</i> <i>Las vías clínicas repercutirán en organizar los procesos para que los pacientes no tengan que acudir repetidamente al centro sanitario, mejorando la accesibilidad del paciente, evitando la ausencia de este en sus actividades cotidianas y aumentando la disponibilidad del tiempo de la consulta del profesional.</i> <i>La organización debería tener definidas las principales vías clínicas. Así mismo, debe existir algún órgano que priorice la elaboración y aprobación de las vías clínicas, al igual que la revisión y actualización de las mismas.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias de existencia de vías clínicas.</i> <i>Con evidencias del establecimiento e implantación de las principales vías clínicas.</i> <i>Con sistemática para la elaboración, aprobación y actualización de las vías clínicas y conocimiento de las mismas por parte de los profesionales afectados.</i>				
Ejemplos	<i>Comprobar que el CSES tiene establecidas las principales vías clínicas.</i> <i>Ver documentación de vías clínicas.</i> <i>Entrevista a profesionales.</i>				

Descripción del estándar	Se dispone de procedimientos documentados para el control y aislamiento de pacientes de forma apropiada para prevenir daños, infecciones o contaminación	Código:	6.2.6	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Deben existir protocolos de actuación para la atención a pacientes que presenten patologías infecciosas de elevada contagiosidad o virulencia, de modo que se prevenga el contagio al resto de pacientes, usuarios o trabajadores del centro. En cuanto al riesgo de producción de daños es necesario tener procedimientos para la identificación y control de aquellos pacientes susceptibles de producirlos, bien así mismos o a otros.				
Requisitos mínimos	Existencia del citado protocolo así como de zonas de observación lo suficientemente aisladas y acondicionadas para prevenir el contagio.				
Ejemplos	Constatar la existencia de procedimientos escritos al respecto. Entrevistas a dirección y trabajadores.				

Descripción del estándar	Se dispone de procedimientos documentados para la actuación respecto al paciente, a la sociedad y a la justicia cuando se identifiquen situaciones de agresión o abuso	Código:	6.2.7	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Las organizaciones sanitarias, debido al especial carácter humanitario que revisten, son susceptibles en gran medida de la atención a agresiones físicas o psicológicas, debiendo formar parte de los dispositivos sociales dedicados a la detección de las mismas. Esta responsabilidad tiene especial relevancia en el caso de niños, ancianos y personas incapaces de defenderse a sí mismas o de solicitar ayuda. Debe estar establecida la sistemática de actuación cuando se identifiquen situaciones de agresión o abuso, de forma que se traslade la información oportuna, al ente social, laboral, de menores, etc.				
Requisitos mínimos	Debe evidenciarse que dicho procedimiento tenga identificadas las distintas situaciones, los circuitos a seguir y formularios a utilizar en cada caso.				
Ejemplos	Se puede constatar la existencia de protocolos o procedimientos de actuación documentada donde queden reflejadas las actuaciones a realizar cuando se produzca una situación de este tipo, por ejemplo en el caso de malos tratos a menores, que quede identificado quién debe poner la denuncia, el órgano al que hay que trasladarlo (tribunal de menores u otro), etc.				

Descripción del estándar	<i>Se introducen mejoras en los procesos basándose en las necesidades y expectativas de los pacientes o grupos de interés</i>	Código:	6.2.8	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Se deben contemplar las expectativas y opiniones de los pacientes en la toma de decisiones en aspectos relacionados con la salud colectiva de la población que atiende el centro, o bien con la salud individual del paciente.</i> <i>La Ley 41/2002 y la Ley 3/2005 de la Comunidad Autónoma de Extremadura, tratan de manera directa aspectos relacionados con las necesidades y expectativas de los pacientes.</i> <i>El área de salud, el centro o el servicio sanitario, tiene establecidos los cauces de relación con los ciudadanos a través de los órganos de participación comunitaria que se establezcan en función de la organización que se evalúa, y que repercuten en la salud colectiva de la población a la que atiende el CSES.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se detectan las necesidades y expectativas de los pacientes o grupos de interés.</i> <i>Se estudian las necesidades y expectativas de los pacientes o grupos de interés, mejorando algún proceso.</i> <i>Basándose en las necesidades y expectativas de los pacientes o grupos de interés, se introducen mejoras en los procesos de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Serán ejemplos del cumplimiento de este estándar, que en sus órganos de participación se incorporen ciudadanos, o bien se hayan realizado encuestas de preferencias de los pacientes, que indiquen que exista una apertura hacia la comunidad del centro o servicio en cuestión. En el caso del Sistema Sanitario Público de Extremadura están constituidos los Consejos de Salud de Área o de Zona como órgano de participación comunitaria.</i> <i>Otro ejemplo: en un centro de salud en el que existe un elevado número de sugerencias acerca de la dispensación de recetas de largo tratamiento a los pacientes, se establece un protocolo para tal fin, con un horario, responsable, etc.</i>				

6.3 Diseño y Gestión de los Procesos No Asistenciales

Descripción del estándar	Están identificados los procesos no asistenciales del CSES y los flujos de actividad y documentación / información asociados	Código:	6.3.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Se deben tener identificados los procesos no asistenciales, la secuencia e interacción de los mismos y los circuitos de documentación e información asociadas a los mismos (base de datos a usar, registros, etc.).				
Requisitos mínimos	Debe evidenciarse la identificación de los procesos no asistenciales, con la secuencia e interacción de los mismos, y los circuitos de documentación e información asociados.				
Ejemplos	Dentro de los procesos no asistenciales podemos encontrar: - Informática (Gestión de la Tecnología). - Compras, Almacén (Gestión de Aprovisionamiento). - Formación. - Seguridad, jardinería. - Hostelería. - Limpieza. Ejemplo de interacción de los procesos no asistenciales: el proceso de mantenimiento se relaciona con el proceso de limpieza, el de almacenamiento de repuestos, etc. Se pueden evidenciar documentalmente cuales son los procesos no asistenciales identificados en el CSES.				

Descripción del estándar	Los procesos no asistenciales del CSES están debidamente documentados, validados y difundidos	Código:	6.3.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Los procesos identificados deben encontrarse documentados, validados y difundidos a las áreas participantes.				
Requisitos mínimos	La documentación debe recoger las interacciones con otros procesos (asistenciales o no), la validación debe comprobar que su definición y dotación de recursos los hacen capaces, y la difusión debe asegurar que son lo suficientemente conocidos entre las Unidades participantes, y que los cambios son trasladados en plazos acordes a los cambios de la organización o de las necesidades de los usuarios. Debe establecerse el grupo de dirección permanente responsable de la validación de los procesos.				
Ejemplos	A modo de ejemplo, un proceso no asistencial es el de Suministros, para éste se debe definir documentalmente su interacción con otros procesos (incluidos los asistenciales). Objetivar documentación. Se pueden comprobar actas de reunión de la dirección del CSES en las que se objeive la validación de procesos no asistenciales. En cuanto a la difusión, un ejemplo podría ser a través de la propia intranet del CSES, tableros de anuncios para el personal, etc. Entrevista a la dirección.				

Descripción del estándar	Para cada proceso no asistencial están definidas las funciones y responsabilidades implicadas, incluyendo las tareas en las que interviene más de una Unidad	Código:	6.3.3	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	En la descripción del proceso se debe realizar, en primer lugar, la definición global del mismo (definición funcional, límites de entrada y salida, y responsable del proceso); los destinatarios y objetivos, sus componentes; y la representación gráfica del mismo (diagrama de flujos) y evaluación (estructura de indicadores). Deben encontrarse definidos documentalmente los procesos en relación a las distintas áreas que participan en los mismos, quedando definido en el mismo soporte las funciones que desempeña cada puesto.				
Requisitos mínimos	En los documentos de organización interna, sea reglamento de funcionamiento interno o cualquier otro del CSES, se incorporan las funciones y tareas que tienen que realizar cada uno de los tipos de profesionales, que hacen que se puedan llevar a cabo los procesos no asistenciales, que irremediamente repercuten en los asistenciales.				
Ejemplos	Para comprobar este estándar se debe revisar que la documentación asociada a cada proceso, donde se establece para cada tarea, el puesto responsable de su realización, así como los puestos responsables de la toma de decisiones y de realización de inspecciones o controles en los pasos críticos.				

Descripción del estándar	Para cada proceso no asistencial están identificados los elementos de entrada del mismo, incluyendo competencia del personal, documentación asociada, equipamiento a utilizar y requerimientos asociados al ambiente de trabajo	Código:	6.3.4	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	En coherencia con el estándar anterior, en que se establecen algunos de los elementos dentro de la definición global del proceso, este estándar se refiere concretamente a los límites de entrada. Se deben definir el perfil de competencia (teniendo en cuenta conocimientos, habilidades y actitudes) para cada uno de los puestos que componen la Unidad, la documentación necesaria para el desempeño de las actividades (en función de la competencia del personal), los formularios tipo al uso, los equipos al uso, los requerimientos relativos al ambiente de trabajo como condiciones de limpieza, iluminación, etc.				
Requisitos mínimos	En los documentos de organización interna, se incorporan las funciones y tareas que tienen que realizar cada uno de los tipos de profesionales que hacen que se puedan llevar a cabo los procesos no asistenciales, que irremediamente repercuten en los asistenciales.				
Ejemplos	Para comprobar este estándar deben poder estar accesibles para cada puesto los requisitos de formación mínimos (académica o experiencia) y en caso de necesitarlo el periodo bajo tutela a la incorporación al puesto. Igualmente debe estar definido el equipamiento a utilizar (incluido soporte informático) y se debe comprobar el cumplimiento de las condiciones relativas al ambiente de trabajo.				

Descripción del estándar	Para cada proceso no asistencial están identificados los registros que se deben generar como consecuencia de la realización de las actividades de los procesos	Código:	6.3.5	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La documentación asociada a cada proceso debe establecer los registros que genera, los responsables de su cumplimentación, el tiempo de archivo y el responsable de su custodia.				
Requisitos mínimos	Los procedimientos deben identificar claramente los registros que se generan, incluso el soporte que usan (en papel o electrónico) y la existencia de dichos registros con un acceso fácil a los mismos.				
Ejemplos	Existencia de registros de actividad de procesos no asistenciales.				

Descripción del estándar	Para cada proceso no asistencial están definidos los resultados que debiera proporcionar	Código:	6.3.6	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Todo proceso debe tener una misión claramente definida (qué, para qué, y para quién), unas fronteras delimitadas con entradas y salidas concretas, secuencias de etapas claramente integrables, y debe poder medirse (cantidad, calidad, coste).				
Requisitos mínimos	Se debe constatar que cada proceso lleva asociada la definición de los resultados que persigue.				
Ejemplos	Constatar la existencia de documentación en la que se definan los procesos no asistenciales, con los objetivos de los mismos. Por ejemplo, en el proceso de transporte de muestras biológicas, se persigue el objetivo de que el 100% de las muestras o especímenes lleguen al laboratorio de referencia en las condiciones establecidas.				

Descripción del estándar	<i>Para cada proceso no asistencial está definido el conjunto de indicadores que aporten información sobre si el proceso está alcanzando los resultados planificados del mismo</i>	Código:	6.3.7	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Asociado a la medición de los resultados se deben definir los indicadores que faciliten el seguimiento de los mismos. Dichos indicadores deben tener una expresión precisa a partir de los datos que genera el proceso.</i> <i>La definición de los indicadores, debe incluir la frecuencia de seguimiento de los mismos, la naturaleza del propio indicador en cuanto a que sean relativos a cada periodo, acumulado o con medias móviles, etc.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin definición de indicadores.</i> <i>• Con evidencias de indicadores para algunos procesos no asistenciales.</i> <i>• Con indicadores para todos los procesos identificados y evidencia del seguimiento periódico de los mismos.</i>				
Ejemplos	<i>Se puede revisar el cuadro de mandos del CSES en busca de indicadores de resultados de procesos no asistenciales.</i> <i>Entrevistas a la dirección.</i>				

Descripción del estándar	Se dispone de procedimientos documentados para la esterilización adecuada de materiales y equipos	Código:	6.3.8	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Debe disponerse de algún mecanismo que identifique la reglamentación que surja y traslade a protocolos internos estos requerimientos, así como las recomendaciones de las empresas del sector. Dichos protocolos deben establecer el tipo de instalaciones y equipamientos afectados; los fungibles, productos químicos y dosificaciones a usar; los ciclos asociados a condiciones de presión y temperatura; así como criterios de validación de los mismos.				
Requisitos mínimos	Para la esterilización deben existir protocolos validados de actuación. Por otro lado deben existir los registros que evidencien las comprobaciones realizadas durante las actuaciones.				
Ejemplos	Existencia de evidencias documentales de protocolos para la esterilización de los materiales y los equipos. Existencia de registros de la actuaciones de esterilización.				

Descripción del estándar	Se dispone de procedimientos documentados para la manipulación apropiada de materiales y/o productos comprados	Código:	6.3.9	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Deben existir sistemáticas que establezcan las distintas zonas de almacén en función de la naturaleza de los productos, en que se identifiquen condiciones que aseguren los requisitos de conservación, por ejemplo de temperatura. Además se deben establecer sistemáticas para: el control de estocaje, de referencias de productos perecederos, para el embalaje, traslado y utilización de los productos.				
Requisitos mínimos	Se debe conocer y controlar las condiciones de conservación y utilización que tengan los distintos tipos de productos, que se controlan las existencias de productos perecederos, que se respetan los criterios de embalaje, que se realizan inventarios rotativos periódicamente y que se controlan los equipos que midan condiciones de frío.				
Ejemplos	Se debe evidenciar que el control de los estocajes tiene como responsable un profesional del centro. Existe un registro de entrada y salida del estocaje en el centro. Existe un registro donde se pone de manifiesto la caducidad de los productos o bien, la caducidad de la esterilización de los instrumentos de un solo uso. No existen evidencias de utilización de estos productos caducados en la práctica clínica diaria.				

Descripción del estándar	Se dispone de procedimientos documentados para el control de medicamentos y productos sanitarios	Código:	6.3.10	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Todo CSES debe disponer de procedimientos normalizados para el control de medicamentos y productos sanitarios, debiéndose ajustar como mínimo a la legislación específica que le sea de aplicación. Estos procedimientos podrán ser: de adquisición y/o gestión de pedidos; de condiciones especiales de almacenamiento, procedimientos para rotación de stock y control de caducidades y procedimientos de dispensación y suministro. Sería conveniente que se llevaran a cabo programas de control de efectos adversos relacionados con medicamentos.				
Requisitos mínimos	Deben existir registros para el control de existencias, control de caducidades y de la trazabilidad de la dispensación de drogas, así como las condiciones de almacenamiento de los medicamentos y productos sanitarios según los requerimientos especiales de los mismos.				
Ejemplos	Evidenciar que: - Farmacéuticos, técnicos con titulación u otro personal con la debida formación supervisan el almacenamiento, la preparación y el suministro de medicamentos. - Un profesional cualificado supervisa todas las actividades. - Los medicamentos se suministran de manera precisa a los servicios o unidades, o pacientes en su caso. - Las sustancias controladas son objeto de una monitorización y un registro exactos, como en el caso de estupefacientes. - Existen registros de actividades relacionadas con la Atención Farmacéutica en las historias clínicas.				

Descripción del estándar	Se dispone de procedimientos documentados para el control del instrumental médico	Código:	6.3.11	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Debe disponerse y estar controlada la documentación relativa al instrumental médico, tanto la proveniente del fabricante, como la relativa a reglamentación que aplique en cuanto a inspecciones por la autoridad competente.				
Requisitos mínimos	La organización planifica e implementa un programa para inspeccionar, probar y mantener el instrumental médico, y documentar los resultados. Así mismo, se realiza un inventario del instrumental médico, se inspecciona de manera regular, se comprueba en cuanto a su uso y requisitos, y se realiza un mantenimiento preventivo.				
Ejemplos	Para comprobar este estándar debe verificarse, in situ, la existencia de la documentación relativa al instrumental y la planificación de actuaciones de mantenimiento preventivo y/o reglamentario.				

Descripción del estándar	<i>Se dispone de un protocolo de actuación para la información y comunicación de los pacientes con minusvalías sensoriales, especialmente la ceguera y sordera</i>	Código:	6.3.12	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Las personas sordas utilizan la lengua de signos como medio de expresión, careciendo de interpretes en la mayoría de las ocasiones. Para que estas personas con minusvalías sensoriales alcancen a tener una vida autónoma (posibilidad del ejercicio de los derechos individuales sin barreras discriminatorias), y poder participar activamente en su vida, deben de estar plenamente integradas en el medio social.</i> <i>Los CSES deben esforzarse en favorecer la autonomía personal de todos sus usuarios, protegiendo a las personas más vulnerables, ayudándolas a superar las limitaciones que las aíslan.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Desarrollo de un protocolo de actuación para informar y comunicarse con los usuarios con deficiencias sensoriales, con interprete de Lengua de Signos para facilitar el acceso a la información a través de su propia lengua y favorecer su independencia y autonomía.</i> <i>Todos los documentos (informes de alta, pautas de tratamiento, copias de historia clínica, etc.) se ofrecen al paciente ciego en formato braille.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No existe protocolo de actuación para la información y comunicación de pacientes con minusvalías sensoriales.</i> <i>Existe protocolo de actuación para la información y comunicación de pacientes ciegos.</i> <i>Existe protocolo de actuación para la información y comunicación de pacientes con minusvalías sensoriales.</i>				
Ejemplos	<i>Constatar la existencia de dicho protocolo.</i>				

Descripción del estándar	<i>El CSES tiene establecidos los protocolos de la Unidad Administrativa de Atención al Usuario</i>	Código:	6.3.13	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Las Unidades Administrativas de Atención al Usuario tienen una doble vertiente en sus funciones, por un lado de atención al ciudadano y por otro, de apoyo administrativo como parte de la institución. Sus funciones específicas son: de información, de gestoría, de admisión y de opinión del usuario.</i> <i>Aunque sería difícil definir una Unidad Administrativa de Atención al Usuario “tipo” que fuera válida para todos, se pueden diferenciar los servicios que desde ella se prestan en dos áreas funcionales, según a quien vayan dirigidas. Así, existirían servicios dirigidos al cliente externo (los ciudadanos) con una oficina de usuarios y otros dirigidos al cliente interno (los trabajadores, las unidades de apoyo y las estructuras directivas de gestión) con una oficina de centro. Esta regulación es útil, de cara a la regulación de los procedimientos, y a la preparación específica que necesitarían los trabajadores. (Proyecto AP21)</i>				
Requisitos mínimos	<i>Existencia de protocolos de la Unidad Administrativa de Atención al Usuario.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>• El CSES no tiene establecidos los protocolos de la Unidad Administrativa de Atención al Usuario.</i> <i>• El CSES tiene establecidos algunos protocolos de la Unidad Administrativa de Atención al Usuario.</i> <i>• El CSES tiene establecidos todos los protocolos de la Unidad Administrativa de Atención al Usuario.</i>				
Ejemplos	<i>Desarrollo de protocolo de asignación de médico, tramitación de tarjeta sanitaria individual, cambio de médico y enfermería, gestión del derecho de asistencia sanitaria (inmigrantes, bajas en Seguridad Social, desamparo social). Documentación clínica (documentos de derivación, visados, gestión de medicamentos, pruebas complementarias, partes de incapacidad temporal, informes, renovación de recetas, etc.). Documentos para el acceso a prestaciones (ortoprotésicas, bucodentales, dietoterápicas, nutricionales o transporte sanitario). Documentación para la gestión de facturación a terceros.</i>				

Categoría 7: SATISFACCIÓN DE CIUDADANOS

Definición

Qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de los usuarios.

Propósito

La gestión sanitaria debe incorporar criterios de eficacia y eficiencia a sus principios de gestión, por lo que debe ser exigible no solamente la realización de un conjunto de actividades sino, además, la obtención de unos resultados consecuentes y congruentes con dicha gestión.

Conocer la opinión de los usuarios permite detectar aspectos de la atención susceptibles de ser mejorados. En esta categoría se ha realizado un ejercicio de identificación de aquellos aspectos que se deben incorporar en la gestión de los CSES para obtener información de los usuarios y actuar en consecuencia.

Al igual que en el resto de las categorías de resultados, se han establecido estándares para valorar la captación de información, su revisión y análisis, el establecimiento de objetivos para ellas, su comparación con otros CSES equiparables y la adopción de acciones en consecuencia.

7.1 Satisfacción de Usuarios

Descripción del estándar	Los métodos identificados de medición de la satisfacción de pacientes son puestos en práctica	Código:	7.1.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Se debe analizar qué métodos son aplicables, amén de tener estructurada una sistemática que garantice que todas las opiniones manifestadas por los pacientes son capturadas y analizadas. Lo importante debe ser que se obtenga el máximo de información proveniente del paciente, independientemente del método empleado para ello.				
Requisitos mínimos	Se debe haber realizado algún método de medición de la satisfacción de pacientes.				
Ejemplos	Entre los métodos cuantitativos directos podemos señalar las encuestas de satisfacción de pacientes. Otros métodos directos distintos a las encuestas pueden ser las técnicas de investigación cualitativa como los grupos nominales, focales, de discusión, análisis de contenido en medios de comunicación u otros métodos de consenso. Como ejemplos de métodos indirectos de medición de la satisfacción en pacientes podemos citar: análisis de reclamaciones, quejas, sugerencias; felicitaciones; cobertura en medios de comunicación; fidelidad (cambio de médico, hospital, etc.); altas voluntarias; cancelaciones de citas (los datos deben ser discriminados por: servicio, práctica y profesional responsable que interviene). Se pueden objetivar informes técnicos sobre la realización de métodos de medición de satisfacción de pacientes, así como sobre los resultados de los mismos.				

Descripción del estándar	Los métodos identificados de medición de la satisfacción de clientes (no pacientes) son puestos en práctica	Código:	7.1.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Se debe analizar qué otros métodos son aplicables, amén de tener estructurada una sistemática que garantice que todas las opiniones manifestadas por los clientes (no pacientes) son capturadas y analizadas. Lo importante debe ser que se obtenga el máximo de información proveniente del cliente (no paciente), independientemente del método empleado para ello.				
Requisitos mínimos	Se debe haber realizado algún método de medición de la satisfacción de clientes (no pacientes).				
Ejemplos	A modo de ejemplo sugerimos encuestas, reuniones con colectivos de clientes (no pacientes), comisiones que traten monográficamente estos temas, cartas de felicitación, estudios de usuarios, etc, y reuniones con grupos focales, por ejemplo con familiares de pacientes que han estado ingresados. Se pueden objetivar informes técnicos sobre la realización de métodos de medición de satisfacción de pacientes, así como sobre los resultados de los mismos.				

Descripción del estándar	<i>Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los pacientes durante la prestación del servicio</i>	Código:	7.1.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La satisfacción de los clientes debe ser entendida como una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud. Se produce por la comparación entre las expectativas sobre el servicio que se cree que se recibirá y la percepción de los cuidados que realmente se reciben.</i> <i>Las encuestas de satisfacción son “Medidas directas” de la valoración que realiza el usuario sobre los servicios recibidos y pueden tener relación con: accesibilidad, equidad, trato personal, cortesía, calidad técnica, hostelería, tiempo de respuesta en la prestación de servicios, continuidad de cuidados, presencia e identificación del personal, información, documentación (claridad y sencillez), resolución del problema (resultados).</i> <i>La satisfacción con la atención sanitaria recibida proyecta la valoración subjetiva del ciudadano, dimensión esencial en el proceso asistencial, cuya evaluación debe garantizarse.</i> <i>Es importante conocer el grado de satisfacción de los pacientes con relación al servicio recibido. Lógicamente, al tratarse de un servicio sanitario, la satisfacción de los pacientes debe estar completada y complementada con otro tipo de valoraciones del servicio y que no son susceptibles de medida por el propio paciente (adecuación de la prestación sanitaria recibida, por ejemplo).</i>				
Requisitos mínimos	<i>Como una fuente de información importante debiera preguntarse al paciente cuál es su grado de satisfacción en el período de tiempo en que mantiene su relación con el CSES (hospitalización, atención de urgencias, consultas externas, etc.). La recogida de la información debe ser veraz, fiable y relevante, que permita conocer la satisfacción de los pacientes, y guíe la introducción de planes de mejora.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias de la realización de ningún tipo de encuesta.</i> <i>Con evidencias de la realización de al menos una encuesta (a una muestra de pacientes) en los últimos tres años.</i> <i>Con evidencias de realización de encuestas con una periodicidad anual.</i>				

Ejemplos	<i>Recogida de encuestas realizadas al paciente sobre la prestación del servicio sanitario que se le ha realizado antes de que éste abandone el centro.</i> <i>Entrevistas a la dirección y a los Servicios de Atención al Usuario.</i> <i>El CSES tiene implantada una encuesta con el propósito de medir la satisfacción de los pacientes con el servicio sanitario recibido. El método de administración del cuestionario deberá estar prefijado, y en este caso deberá ser antes de la finalización del servicio.</i>
-----------------	--

Descripción del estándar	<i>Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los pacientes tras la prestación del servicio</i>	Código:	7.1.4	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Es importante conocer el grado de satisfacción de los pacientes con relación al servicio recibido. Lógicamente, al tratarse de un servicio sanitario, la satisfacción de los pacientes debe estar completada y complementada con otro tipo de valoraciones del servicio y que no son objetivables por el propio paciente (adecuación de la prestación sanitaria recibida, por ejemplo).</i> <i>Como una fuente de información importante debiera preguntarse al paciente cuál es su grado de satisfacción una vez finalizado el servicio sanitario recibido por el CSES, sea del tipo que sea.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Debe analizarse cuál es el momento adecuado de hacerlo (cuántos días / semanas después). Entregar al paciente el cuestionario en el momento de la consulta o tras el servicio prestado, preguntando al menos acerca de dos aspectos importantes como son, si está satisfecho con el servicio que ha recibido y qué aspectos cambiaría o incluiría.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de la realización de ningún tipo de encuesta post servicio.</i> <i>• Con evidencias de la realización de al menos una encuesta post servicio (a una muestra de pacientes) en los últimos tres años.</i> <i>• Con evidencias de realización de encuestas post servicio con una periodicidad anual.</i>				
Ejemplos	<i>Objetivar las encuestas realizadas tras la prestación del servicio.</i> <i>Se pueden realizar entrevistas a los Servicios de Atención al Usuario y a la dirección.</i>				

Descripción del estándar	<i>Existe al menos un modelo de encuesta validado por la dirección para medir la satisfacción de los pacientes</i>	Código:	7.1.5	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Se ha de disponer de procedimientos que permitan medir el grado de satisfacción de los usuarios, así como inculcar en la organización, y en todos los profesionales de la misma, la trascendencia de considerar todas las variables que determinan la valoración del paciente sobre la atención sanitaria recibida.</i> <i>La medición de la satisfacción debiera realizarse tras el análisis e identificación de las características a medir, por lo que debiera existir un estudio que concluyera con el establecimiento de, al menos, una encuesta tipo para realizar la medición. Este tipo de encuesta, dadas las implicaciones que tiene, debe estar validada por el equipo directivo.</i> <i>Existen encuestas homologadas que facilitan la comparación con CSES de similares características.</i>				
Requisitos mínimos	<i>Debe poderse mostrar la encuesta utilizada junto a algún tipo de validación de la misma por la dirección (acta de reunión, firma de validación, etc.)</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de la validación de la encuesta por la dirección.</i> <i>• Con evidencias de la validación de la encuesta por la dirección.</i> <i>• Con evidencias de la utilización periódica de la encuesta validada por la dirección.</i>				
Ejemplos	<i>Constatar la existencia del modelo de encuesta validado por la dirección, y/o de la utilización de la misma, a través de los resultados obtenidos, que deberán estar reflejados en algún documento, como puede ser un informe firmado por la dirección en el que explica la implantación de la encuesta.</i> <i>Entrevistas a la dirección y personal de los Servicios de Atención al Usuario.</i>				

Descripción del estándar	<i>El método para realizar la medida de la satisfacción de los pacientes está fundamentado</i>	Código:	7.1.6	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Antes de la realización de cualquier estudio de investigación sobre satisfacción, debe realizarse el diseño del mismo, entendiéndose este como el procedimiento, métodos y técnicas mediante los cuales se selecciona a la población a estudiar y se determina cómo se va a recoger la información que posteriormente se va a analizar para interpretar los resultados. Es decir, el diseño de la muestra que se va a estudiar es la conexión entre la hipótesis y los datos obtenidos. La mayoría de los estudios de satisfacción de ciudadanos bien diseñados deben contener una serie de “atributos” que en realidad son escalas de puntuación de una serie de preguntas referidas a amabilidad, puntualidad, información, etc.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias de la justificación del método.</i> <i>Con evidencias de la justificación del método.</i> <i>Con evidencias de la justificación del método y su revisión periódica como consecuencia de los resultados obtenidos.</i>				
Ejemplos	<i>Debe existir alguna evidencia en la que se justifique el método empleado: informe técnico, bibliografía específica.</i> <i>Entrevistas al personal de los Servicios de Atención al Usuario y / o a la dirección, para que faciliten la documentación necesaria para la constatación del cumplimiento de este estándar.</i>				

Descripción del estándar	<i>La muestra de pacientes seleccionada para realizar la encuesta es representativa de la población total de pacientes</i>	Código:	7.1.7	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La muestra es una parte de un conjunto o población debidamente elegida, que se somete a observación en representación del conjunto, con el propósito de obtener resultados válidos para todo el universo. A efectos de que la información obtenida de una muestra sea válida, ésta debe ser representativa de la población, lo que significa que en su estructura se reproduzcan exactamente las características y comportamientos de la población de la que ha sido obtenida.</i> <i>Para ello debe haberse elegido el número suficiente de pacientes, y con las características adecuadas a aquello que se desea medir.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>La muestra de pacientes seleccionada no es representativa de la población total de pacientes.</i> <i>La muestra de pacientes seleccionada es representativa de la población total de pacientes, con un intervalo de confianza menor al 95%.</i> <i>La muestra de pacientes seleccionada es representativa de la población total de pacientes, con un intervalo de confianza mayor o igual al 95%.</i>				
Ejemplos	<i>Objetivar documentación en la que se defina la muestra seleccionada y los criterios utilizados para garantizar la representatividad respecto a la población total de pacientes, es decir, el tipo de muestreo utilizado.</i>				

Descripción del estándar	<i>En la muestra a encuestar están identificadas todas las categorías de pacientes</i>	Código:	7.1.8	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Cualquier organización sanitaria tiene que ser capaz de identificar cuáles son sus principales tipos de pacientes para así poder tener una información más específica y realista como consecuencia de las medidas de satisfacción.</i> <i>Aunque a priori pueden estar definidas las distintas categorías de pacientes, sería conveniente que cada CSES estableciera sus propias categorías en función de los objetivos perseguidos con el estudio. Una vez definidos, debe seleccionarse el tamaño de muestra adecuado en cada caso para asegurar la representatividad de los datos.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No están identificadas las categorías de pacientes.</i> <i>Existe una identificación de las principales categorías de pacientes.</i> <i>Para realizar la encuesta se seleccionan pacientes de cada categoría identificada.</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos de categorías de pacientes pueden ser por el servicio recibido (consultas externas, urgencias, pruebas, etc.), por la estancia en el CSES (inferior / superior a un día, p. ej.) o por diagnósticos / GDR's (grupos relacionados con el diagnóstico), etc.</i> <i>Ejemplos de categorías de pacientes son: pacientes en urgencias, ingresados (según especialidad), citados en consultas externas, pendientes de pruebas diagnósticas y/o de intervenciones quirúrgicas, pacientes pediátricos de Atención Primaria, pacientes según estancia en hospital, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los clientes (no pacientes) durante la prestación del servicio</i>	Código:	7.1.9	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Se deben realizar encuestas para medir el grado de satisfacción de los clientes (no pacientes) externos (familiares del paciente, allegados o acompañantes, personas que lo visitan, etc.), durante el período en que estos clientes mantienen su relación con el CSES.</i> <i>El resultado de la realización de estas encuestas nos proporcionará una fuente de información muy valiosa a la hora de preguntar al cliente (no paciente) cuál es su grado de satisfacción durante la prestación del servicio, para detectar así aspectos que aumentan, o no, su satisfacción y poder adoptar acciones que garanticen una mejora en la calidad prestada por el CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de la realización de ningún tipo de encuesta.</i> <i>• Con evidencias de la realización de al menos una encuesta en los tres últimos años.</i> <i>• Con evidencias de realización de encuestas anuales.</i>				
Ejemplos	<i>Realización de encuestas que midan el grado de satisfacción de los clientes (no pacientes) según el servicio recibido y que incluyan aspectos referidos a la amabilidad del personal, condiciones de seguridad e higiene del centro, facilidad en la tramitación de documentos, puntualidad profesional en las visitas, dificultad en los desplazamientos a los centros, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción de los clientes (no pacientes) tras la prestación del servicio</i>	Código:	7.1.10	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Como una fuente de información importante debiera preguntarse a los clientes (no pacientes) cuál es su grado de satisfacción una vez finalizada su interacción con el CSES. Puede entregarse el cuestionario en el momento del alta hospitalaria, o ser enviado por correo, por ejemplo.</i> <i>Debe analizarse cuál es el momento adecuado de hacerlo (cuántos días /semanas después).</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de la realización de ningún tipo de encuesta post servicio.</i> <i>• Con evidencias de la realización de al menos una encuesta post servicio (a una muestra de clientes no pacientes) en los últimos tres años.</i> <i>• Con evidencias de realización de encuestas post servicio a clientes no pacientes con periodicidad anual.</i>				
Ejemplos	<i>Objetivar documentación acerca de encuestas realizadas a acompañantes de pacientes tras la prestación del servicio, con aspectos puntuables sobre coordinación, horarios, resolución de su problema en tiempo establecido, asequibilidad del lenguaje, información suficiente y accesible, adaptación del servicio prestado a las necesidades, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Existe al menos un modelo de encuesta validado por el CSES para medir la satisfacción de los clientes (no pacientes)</i>	Código:	7.1.11	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La medición de la satisfacción debiera realizarse tras el análisis e identificación de las características a medir, por lo que debiera existir un estudio que concluyera con el establecimiento de, al menos, una encuesta tipo para realizar la medición. Este tipo de encuesta, dadas las implicaciones que tiene, debe estar validada por el equipo directivo.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de la validación de la encuesta por la dirección.</i> <i>• Con evidencias de la validación de la encuesta por la dirección.</i> <i>• Con evidencias de la utilización periódica de la encuesta validada por la dirección.</i>				
Ejemplos	<i>Debe poderse mostrar la encuesta utilizada junto a algún tipo de validación de la misma, como puede ser la validación de dicha encuesta por la dirección (acta de reunión, firma de validación, etc).</i>				

Descripción del estándar	<i>El método para realizar la medida de la satisfacción de los clientes (no pacientes) está fundamentado</i>	Código:	7.1.12	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Antes de la realización de cualquier estudio de investigación sobre satisfacción, debe realizarse el diseño del mismo, entendiéndose este como el procedimiento, métodos y técnicas mediante los cuales se selecciona a la población a estudiar y se determina cómo se va a recoger la información que posteriormente se va a analizar para interpretar los resultados. La mayoría de los estudios de satisfacción bien diseñados deben contener una serie de “atributos” que en realidad son escalas de puntuación de un conjunto de preguntas referidas a amabilidad, puntualidad, información, etc. Es decir, realizar una medida de satisfacción de los clientes (no pacientes) es algo más que pasar una encuesta.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias de la justificación del método.</i> <i>Con evidencias de la justificación del método.</i> <i>Con evidencias de la justificación del método y su revisión periódica como consecuencia de los resultados obtenidos.</i>				
Ejemplos	<i>Debe existir alguna evidencia en la que se justifique el método empleado: informe técnico, bibliografía específica, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>La muestra de clientes (no pacientes) seleccionada para realizar la encuesta es representativa de la población total</i>	Código:	7.1.13	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Deben presentarse evidencias que aseguren que la muestra seleccionada de clientes (no pacientes), garantiza la representatividad sobre la población de referencia, a través de un adecuado muestreo.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>La muestra de clientes (no pacientes) seleccionada no es representativa de la población total de clientes (no pacientes).</i> <i>La muestra de clientes (no pacientes) seleccionada es representativa de la población total de clientes (no pacientes), con un intervalo de confianza menor al 95%.</i> <i>La muestra de clientes (no pacientes) seleccionada es representativa de la población total de clientes (no pacientes), con un intervalo de confianza igual o mayor al 95%.</i>				
Ejemplos	<i>Documentos técnicos sobre el análisis de la población a estudio y métodos de muestreo a utilizar teniendo en cuenta los objetivos de la encuesta.</i> <i>Entrevistas a la dirección.</i>				

Descripción del estándar	<i>En la muestra a encuestar están identificadas todas las categorías de clientes (no pacientes)</i>	Código:	7.1.14	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Cualquier organización tiene que ser capaz de identificar cuáles son sus principales tipos de clientes, más allá de los pacientes, para así poder tener una información más específica y realista como consecuencia de las medidas de satisfacción.</i> <i>Sería conveniente que cada CSES estableciera sus propias categorías de clientes (no pacientes) en función de los objetivos perseguidos con la encuesta. Una vez definidos debe seleccionarse el tamaño de muestra adecuado en cada caso para asegurar la representatividad de los datos.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No están identificadas las categorías de clientes (no pacientes).</i> <i>Existe una identificación de las principales categorías de clientes (no pacientes).</i> <i>Están identificadas en la muestra todas las categorías de clientes (no pacientes).</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos de categorías de clientes (no pacientes) externos pueden ser: de consultas externas, de servicio de Urgencias, de Hospitalización, etc.</i> <i>Se pueden revisar pruebas documentales de identificación de las categorías de clientes (no pacientes), como informes técnicos, por ejemplo.</i>				

Descripción del estándar	<i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión sobre la accesibilidad global</i>	Código:	7.1.15	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>En cualquier organización que tenga implantado un sistema de calidad es necesario que se obtenga información sobre las expectativas de sus usuarios, sobre qué consideran relevante en cada momento, sobre cómo cambian las preferencias y sobre cómo enfocar la organización hacia las necesidades cambiantes de dichos usuarios. Una de las dimensiones a evaluar sería la accesibilidad global, para conocer mejor sus opiniones o para establecer prioridades en los planes de mejora.</i> <i>Una vez realizado el Plan de Accesibilidad Global (estándar 2.1.21), en las encuestas de satisfacción u otros sistemas de recogida de información, se debería valorar el grado de satisfacción de los usuarios con las medidas realizadas. Esto permitiría al CSES realizar acciones de mejora si fuera necesario, o el rediseño del mismo plan, sustentado en la información obtenida sobre las expectativas de los usuarios.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En las encuestas de satisfacción u otros medios se evalúan ítems sobre la accesibilidad global.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Entre los ítems a evaluar no se valora la opinión sobre accesibilidad global.</i> <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre accesibilidad global.</i> <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre accesibilidad global, y se realizan acciones como consecuencia de los resultados.</i>				
Ejemplos	<i>Las medidas de satisfacción pueden contener preguntas sobre la iluminación, pavimentos (uniformidad, deslizamiento), zonas de circulación, señalización, comunicación vertical, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión sobre la información que se ha proporcionado en relación al problema de salud del paciente</i>	Código:	7.1.16	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La información sanitaria es un derecho que tienen los pacientes, e incluye: diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, así como sus riesgos y consecuencias (Ley de información sanitaria y autonomía del paciente). Esto les ayuda a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.</i> <i>Las necesidades de información son variables según los pacientes. Una buena información no es la más completa o más exhaustiva, sino la que el paciente es capaz de comprender y aprovechar. Por tanto ha de ser accesible, comprensible y legible, y adaptarse a las necesidades y peculiaridades personales, culturales o lingüísticas de las personas a las que va dirigida.</i> <i>Por todo ello se hace necesario evaluar en las medidas de satisfacción la percepción que tienen los pacientes sobre la información proporcionada por el personal sanitario respecto a su problema de salud.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En las encuestas de satisfacción u otros medios, se evalúan ítems sobre la opinión que tienen los pacientes de la información recibida por parte de los profesionales sanitarios sobre su problema de salud.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Entre los ítems a evaluar no se valora la opinión sobre la información proporcionada en relación al problema de salud.</i> <i>Entre los ítems a evaluar se incluye la opinión sobre la información proporcionada en relación al problema de salud.</i> <i>Entre los ítems a evaluar se incluye la opinión sobre la información proporcionada en relación al problema de salud, y se realizan acciones en consecuencia de los resultados.</i>				
Ejemplos	<i>En las encuestas de satisfacción realizadas se encuentran ítems como por ejemplo: "El médico le</i>				

	<i>mantuvo informado durante su ingreso”, o “Información dada a su familia sobre su estado y tratamiento”, o “Explicaciones sobre la prueba diagnóstica a realizar”.</i>
--	--

Descripción del estándar	<i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión sobre la amabilidad en el trato recibido por el paciente a su paso por el CSES</i>	Código:	7.1.17	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Entre los elementos más valorados por los pacientes a su paso por un centro sanitario se encuentra la relación interpersonal, dándole una gran importancia al hecho de recibir un trato amable por parte del personal, tanto sanitario como no sanitario. No debemos olvidar que el paciente es una persona que se encuentra disminuida tanto desde el punto de vista físico, como psicológico al entrar en un ambiente ajeno al de su entorno habitual.</i> <i>Por ello, una de las cuestiones que un centro sanitario debe cuidar de manera importante es el trato que su personal ofrece a las personas que acuden al mismo, incluyéndolo como ítem ineludible en las medidas de satisfacción que lleve a cabo.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En las encuestas de satisfacción u otros medios, se evalúan ítems sobre la opinión que tienen los pacientes respecto al trato recibido.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>Entre los ítems a evaluar no se valora la opinión sobre la amabilidad del personal.</i> <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre la amabilidad del personal.</i> <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre la amabilidad del personal, y se realizan acciones como consecuencia de los resultados.</i>				
Ejemplos	<i>En las encuestas de satisfacción existen preguntas como por ejemplo: “Cortesía en el proceso de ingreso”, “Cortesía del personal de limpieza”, “Cortesía del personal que le servía la comida”, “Amabilidad de la persona que le hizo las pruebas radiológicas”, “Amabilidad y delicadeza del personal de enfermería”, “Amabilidad del médico”.</i>				

Descripción del estándar	<i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la satisfacción en relación al respeto a la intimidad sentida por el paciente</i>	Código:	7.1.18	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El respeto a la dignidad e intimidad de las personas que acuden a los centros sanitarios debe regir en todo momento el comportamiento tanto de los trabajadores, como de la propia organización en su conjunto.</i> <i>En numerosos estudios se ha constatado que este es un aspecto muy valorado por los pacientes, lo que es comprensible debido a las circunstancias en las que se encuentra al necesitar asistencia sanitaria.</i> <i>Por todo ello la percepción del paciente respecto al respeto sentido por su intimidad es un ítem de especial importancia a la hora de valorar la satisfacción con la atención recibida, tanto por parte del personal sanitario como no sanitario.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En las encuestas de satisfacción u otros medios, se evalúan ítems sobre la opinión que tienen los pacientes respecto al respeto a su intimidad.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Entre los ítems a evaluar no se valora la opinión sobre el respeto a la intimidad.</i> <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre el respeto a la intimidad.</i> <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre el respeto a la intimidad, y se realizan acciones como consecuencia de los resultados.</i>				
Ejemplos	<i>En las encuestas de satisfacción se pueden encontrar preguntas como: “Preocupación del personal de enfermería por preservar su intimidad”, “Condiciones del hospital para preservar su intimidad”.</i>				

Descripción del estándar	<i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión sobre la confortabilidad de las instalaciones para pacientes y familiares</i>	Código:	7.1.19	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Según los estudios demoscópicos a nivel nacional, se constata que los usuarios de los centros sanitarios dan una gran importancia a aspectos como la existencia de un mobiliario e instalaciones adecuados y confortables, tanto para pacientes como para sus familiares, especialmente a nivel hospitalario, debido al carácter más prolongado de su estancia durante el ingreso, y a que habitualmente es necesaria la presencia de un familiar en estos casos.</i> <i>Por ello, se hace necesario comprobar la percepción sobre aspectos relacionados con la confortabilidad de las instalaciones y el mobiliario de los CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En las encuestas de satisfacción u otros medios, se evalúan ítems sobre la opinión que tienen los pacientes respecto a la confortabilidad de las instalaciones para pacientes y familiares.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>Entre los ítems a evaluar no se valora la opinión sobre la confortabilidad de las instalaciones para pacientes y familiares.</i> <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre la confortabilidad de las instalaciones para pacientes y familiares.</i> <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre la confortabilidad de las instalaciones para pacientes y familiares, y se realizan acciones como consecuencia de los resultados.</i>				
Ejemplos	<i>En las encuestas de satisfacción pueden existir preguntas como: “Tranquilidad de la habitación”, “Decoración y mobiliario de la habitación”, “Funcionamiento general de la televisión, luces, camas, timbre, etc”, “Opinión del baño”, “Comodidad de las instalaciones para las visitas”, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión respecto a la limpieza de las instalaciones</i>	Código:	7.1.20	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La imagen de los CSES de cara al usuario debe ser un aspecto a cuidar, máxime cuando se trata en algunos casos de centros con internamiento, donde los aspectos hosteleros adquieren una gran relevancia en la opinión que puedan producir en las personas que los utilizan. Pero aún más importante es el aspecto sanitario, y la repercusión que la limpieza de las instalaciones tiene sobre el bienestar y la salud de los pacientes, motivo por el cual este es un aspecto a estudiar a la hora de medir la satisfacción de los pacientes y demás usuarios.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En las encuestas de satisfacción u otros medios, se evalúan ítems sobre la opinión que tienen los pacientes respecto a la limpieza de las instalaciones.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: • <i>Entre los ítems a evaluar no se valora la opinión sobre la limpieza de las instalaciones.</i> • <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre la limpieza de las instalaciones.</i> • <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre la limpieza de las instalaciones, y se realizan acciones como consecuencia de los resultados.</i>				
Ejemplos	<i>En las encuestas de satisfacción pueden existir preguntas como: "Limpieza de la habitación al entrar", "Limpieza de la habitación durante su estancia".</i>				

Descripción del estándar	<i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión sobre la identificación del personal del CSES</i>	Código:	7.1.21	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Se debe facilitar a los pacientes y demás usuarios de los CSES la información acerca de las personas que entran en contacto con los mismos durante el proceso asistencial, de manera que conozcan, tanto el nombre como la categoría profesional a la que pertenecen. De este modo se facilita el normal desenvolvimiento en el CSES de que se trate, evitando confusiones y malestar entre las personas que hacen uso de nuestros servicios.</i> <i>Por ello sería deseable que entre los ítems de las medidas de satisfacción que se lleven a cabo, se incluya la opinión sobre la identificación del personal del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En las encuestas de satisfacción u otros medios, se evalúan ítems sobre la opinión que tienen los pacientes respecto a la identificación del personal del CSES.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>Entre los ítems a evaluar no se valora la opinión sobre la identificación del personal del CSES .</i> <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre la identificación del personal del CSES.</i> <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre la identificación del personal del CSES, y se realizan acciones como consecuencia de los resultados.</i>				
Ejemplos	<i>En las encuestas de satisfacción puede haber preguntas como: “El personal de enfermería estaba identificado”, “El médico se identificó el primer día de consulta o de su ingreso”.</i>				

Descripción del estándar	<i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción se valora la opinión respecto al nivel de organización del personal y del CSES</i>	Código:	7.1.22	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La correcta organización de los procesos, tanto asistenciales como no asistenciales tiene una especial importancia en la satisfacción de las personas que hacen uso de los servicios sanitarios, dado que la uniformidad en las actuaciones y la correcta coordinación del equipo influyen en la imagen de la organización, y especialmente en la seguridad de pacientes.</i> <i>Por todo ello sería deseable testar en las medidas de satisfacción la opinión que tienen los usuarios con respecto a la organización del personal y del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En las encuestas de satisfacción u otros medios, se evalúan ítems sobre la opinión que tienen los pacientes respecto al nivel de organización del personal y del CSES.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>Entre los ítems a evaluar no se valora la opinión sobre el nivel de organización del personal y del CSES.</i> <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre el nivel de organización del personal y del CSES.</i> <i>Entre los ítems a evaluar se valora la opinión sobre el nivel de organización del personal y del CSES, y se realizan acciones como consecuencia de los resultados.</i>				
Ejemplos	<i>En las encuestas de satisfacción se pueden incluir preguntas como: "La organización del personal le pareció...", "La organización general del hospital le pareció..."</i>				

Descripción del estándar	La información obtenida en las medidas de satisfacción de clientes es analizada por los responsables adecuados	Código:	7.1.23	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Si disponemos de los medios necesarios para conocer el grado de satisfacción de los clientes, y posteriormente no se analizan los resultados obtenidos, no se podrá utilizar esta información en la mejora de los servicios prestados, siendo de gran importancia por tanto estos resultados obtenidos, para la detección, análisis y posterior subsanación de los errores por parte de los responsables adecuados.				
Requisitos mínimos	La dirección del CSES debe estar al tanto de los medios utilizados para conocer la satisfacción de los clientes, así como de los resultados procedentes de los mismos. Para ello se deben realizar evaluaciones e informes anuales con respecto a la información obtenida de la satisfacción de clientes (pacientes y no pacientes) por los responsables adecuados.				
Ejemplos	Se pueden comprobar actas de reuniones de la dirección en las que se aborde el análisis de dicha información.				

Descripción del estándar	<i>Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información obtenida sobre la satisfacción de clientes</i>	Código:	7.1.24	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Continuando con el proceso lógico descrito, una vez identificada la información procedente de los clientes y analizada por los responsables adecuados, se deben establecer las acciones que se consideren oportunas y hacerse un seguimiento de la implantación efectiva de dichas acciones, para asegurar que las oportunidades de mejora identificadas se llevan a cabo. De esta forma se impulsa la mejora continua.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se muestran evidencias de haber adoptado acción alguna como consecuencia de la información sobre la satisfacción de los clientes.</i> <i>Se muestran evidencias de haber adoptado acciones como consecuencia de la información sobre la satisfacción de los clientes.</i> <i>Se muestran evidencias de haber adoptado acciones de manera sistemática sobre satisfacción de clientes.</i>				
Ejemplos	<i>Para poder evidenciar este hecho deben existir registros de que las acciones acordadas como consecuencia de la información obtenida sobre la satisfacción de los clientes se han llevado a cabo y, en su defecto, la pertinente justificación documentada.</i> <i>Como posibles acciones que podrían ponerse en marcha son por ejemplo, la publicación de mejoras o medidas implantadas a partir del análisis de la información obtenida sobre la satisfacción de clientes.</i> <i>Se pueden objetivar actas de reunión en las que se traten acciones establecidas a partir del análisis de la información obtenida sobre satisfacción de clientes (por ejemplo, si se reciben quejas sobre el mobiliario, se adoptan las medidas oportunas para dotar al hospital de un mobiliario adecuado a las necesidades del paciente y demás usuarios).</i>				

Descripción del estándar	<i>Están establecidos objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción de los pacientes</i>	Código:	7.1.25	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para que la información obtenida aporte el máximo valor añadido, ésta debe poderse comparar con algún referente (valor del indicador establecido) para dilucidar si los resultados obtenidos son indicativos de una buena gestión o, por el contrario, indican una oportunidad de mejora.</i> <i>Dentro de esta comparación de información, debieran establecerse valores objetivo de las características analizadas en cuanto a la satisfacción de pacientes. Esta definición de valores objetivo debiera ser establecida como consecuencia de un análisis previo de los valores máximos exigibles teniendo en cuenta todas las variables de gestión y debiera ser un corolario de la política y estrategia del CSES.</i> <i>Estos valores deben ser realistas y estar validados por la dirección. Hay que tener en cuenta que no se deben marcar objetivos en la puntuación de la satisfacción sin establecer previamente un plan de acción que tenga un efecto en los resultados, lo contrario puede abocar a frustraciones o desilusiones.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se han establecido objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción de pacientes.</i> <i>Se han establecido objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción de pacientes.</i> <i>La dirección ha establecido objetivos para todas las características de valoración de la satisfacción de pacientes.</i>				
Ejemplos	<i>La dirección del CSES tiene establecidos objetivos en la puntuación de la satisfacción a cerca de la comida (que se sirva en horario y según temperatura adecuada), el trato amable o cortesía del personal (que en la próxima encuesta de satisfacción se alcance una puntuación de “muy buena” mayor o igual al 90% de los encuestados), la información, la facilidad en los trámites administrativos, la rapidez del personal de enfermería en atender su petición, etc.</i>				

	<i>Por ejemplo, un objetivo que la dirección se puede plantear es que no existan reclamaciones sobre lencería, temperatura ambiental, tiempo de espera en el proceso del alta, estado de duchas y aseos (no tener más de “x” reclamaciones sobre el estado de las duchas y aseos en el próximo año), etc.</i>
--	--

Descripción del estándar	<i>Están establecidos objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción de los clientes (no pacientes)</i>	Código:	7.1.26	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para que la información obtenida aporte el máximo valor añadido, ésta debe poderse comparar con algún referente (valor del indicador establecido) para dilucidar si los resultados obtenidos son indicativos de una buena gestión o, por el contrario, indican una oportunidad de mejora.</i> <i>Dentro de esta comparación de información, debieran establecerse valores objetivo a las características analizadas en cuanto a la satisfacción de clientes no pacientes que se están valorando. Esta definición de valores objetivo debiera ser establecida como consecuencia de un análisis previo de los valores máximos exigibles teniendo en cuenta todas las variables de gestión y debiera ser un corolario de la política y estrategia del CSES.</i> <i>Estos valores deben ser realistas y estar validados por la dirección.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se han establecido objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción de los clientes (no pacientes).</i> <i>Se han establecido objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción de los clientes (no pacientes).</i> <i>Se han establecido objetivos para todas las características de valoración de la satisfacción de los clientes (no pacientes).</i>				
Ejemplos	<i>La dirección del CSES tiene establecidos objetivos en la puntuación de la satisfacción de los clientes (no pacientes) a cerca de: confortabilidad del mobiliario (dotar a las habitaciones de hospitalización de sillones confortables para la estancia de acompañantes); horarios estipulados por la dirección para las visitas de enfermos según sea acompañante o visitante (establecer número, duración, horario y nº de personas que pasan simultáneamente); limpieza de las instalaciones (aumentar hasta un 95% la satisfacción de “muy buena” sobre este ítem); información comprensible, adecuada en tiempo y en lugar; señalización a través de carteles o indicadores para encontrar las distintas dependencias o instalaciones; teléfonos en nº y en lugares adecuados para conectar con el</i>				

	<i>exterior; adecuada señalización extrahospitalaria; información adecuada a los familiares en el momento del ingreso; mejorar el aparcamiento del centro; tranquilidad y comodidad en las salas de espera; eficacia y amabilidad del personal de administración para resolver los problemas del trámite administrativo; uniformidad de la información (enfermeros y médicos) con el objeto de disminuir la incertidumbre y angustia de los familiares de los enfermos ingresados en UCI; prestación de cuidados a los familiares de los pacientes críticos; mejorar el acceso de los familiares al personal de enfermería en contacto con los pacientes ingresados en UCI; etc.</i>
--	---

Descripción del estándar	<i>Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos</i>	Código:	7.1.27	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Tal como ya se ha comentado con anterioridad, la información obtenida debe ser analizada en los foros adecuados. Se debe realizar un seguimiento del cumplimiento de los objetivos establecidos en cuanto a la satisfacción de clientes (pacientes y no pacientes) en los foros adecuados y se analizarán las causas de su grado de cumplimiento. Esta reflexión permitirá identificar puntos fuertes y áreas a mejorar dentro de la gestión del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se muestran evidencias de haber analizado el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos.</i> <i>Se muestran evidencias de haber analizado el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos.</i> <i>Se muestran evidencias de haber analizado de forma periódica el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos y de haber realizado acciones derivadas de dicho análisis.</i>				
Ejemplos	<i>Actas de reunión de la dirección que demuestren que se ha analizado la puntuación obtenida en satisfacción, comparándola con los objetivos propuestos descritos en los dos estándares anteriores.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se realizan comparaciones / análisis de los resultados obtenidos con otras organizaciones similares</i>	Código:	7.1.28	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para que la información obtenida aporte el máximo valor añadido, ésta debe poderse comparar con algún referente para dilucidar si los resultados obtenidos son indicativos de una buena gestión o, por el contrario, indican una oportunidad de mejora.</i> <i>Dentro de esta comparación de información, debieran identificarse organizaciones similares sobre las que poder realizar ejercicios comparativos de resultados, asumiendo que si bien existen diferencias entre organizaciones, conociendo estas diferencias, es posible obtener información valiosa.</i> <i>Existen bases de datos sobre resultados en satisfacción en diferentes organizaciones, de manera que nos podemos comparar con ellas, o con el mejor dentro de nuestro sector.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se han realizado comparaciones con otras organizaciones en cuanto a satisfacción de clientes.</i> <i>Se han realizado comparaciones con otras organizaciones en cuanto a satisfacción de clientes.</i> <i>Se muestran evidencias de haber realizado comparaciones sistemáticas con otras organizaciones sobre la satisfacción de clientes.</i>				
Ejemplos	<i>Se pueden establecer estrategias de Benchmarking basándose en el análisis de las experiencias sobre participación ciudadana y satisfacción de usuarios realizadas en hospitales y centros de atención primaria del resto del país y de centros europeos.</i>				

Descripción del estándar	<i>Existe un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores establecidos</i>	Código:	7.1.29	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para conocer el grado de efectividad de las medidas realizadas como consecuencia de la información obtenida acerca de la satisfacción, se deben analizar las tendencias mostradas por los indicadores establecidos.</i> <i>El análisis planteado debe ser consecuencia de una estrategia global y debe hacerse de manera sistemática en cada período de gestión.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se presentan evidencias del seguimiento de las tendencias de los indicadores de satisfacción de clientes.</i> <i>Se presentan evidencias del seguimiento de las tendencias de los indicadores de satisfacción de clientes.</i> <i>Se presentan evidencias del seguimiento periódico y sistemático de las tendencias de los indicadores de satisfacción de clientes.</i>				
Ejemplos	<i>Como pruebas documentales se pueden comprobar informes técnicos y actas de reunión de la dirección en las que conste el análisis de las tendencias mostradas por los indicadores establecidos.</i>				

Descripción del estándar	<i>Los indicadores establecidos al respecto muestran tendencias positivas</i>	Código:	7.1.30	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para que la información obtenida aporte el máximo valor añadido, ésta debe poderse comparar con algún referente para dilucidar si los resultados obtenidos son indicativos de una buena gestión o, por el contrario, indican una oportunidad de mejora.</i> <i>Sean cuales sean los indicadores establecidos, debiera hacerse un seguimiento de la evolución de los mismos en el tiempo como marco de comparación con uno mismo.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se han realizado comparaciones con los datos obtenidos en otros períodos o no se dispone de datos de otros períodos (en cuanto a satisfacción de clientes).</i> <i>Los indicadores establecidos muestran tendencias positivas en más del 50% de los casos.</i> <i>Los indicadores establecidos muestran tendencias positivas en más del 80% de los casos.</i>				
Ejemplos	<i>La dirección ha obtenido tras el análisis de resultados y comparación de los últimos períodos, tendencias positivas en la satisfacción en cuanto a amabilidad del personal, facilidades para hacer trámites, oportunidad de consultar al médico dudas a cerca de su informe de alta hospitalaria, preocupación del personal por preservar su intimidad, información dada a su familia sobre estado y tratamiento, facilidad de traslado a su domicilio, respeto sentido durante su ingreso, etc.</i> <i>Se puede objetivar documentalmente a través de informes técnicos, actas de reunión de la dirección, etc.</i>				

7.2 Sugerencias y Reclamaciones

Descripción del estándar	Está establecido un sistema que permita a los clientes realizar sugerencias y reclamaciones	Código:	7. 2.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El gestionar bien las reclamaciones es una manera de mejorar los servicios y la imagen pública de los CSES. Cualquiera que sea el tamaño del CSES, la gestión de las reclamaciones y sugerencias es vital para crear y mantener su eficacia. Si no se controlan las insatisfacciones pueden producirse efectos no deseados. Debe existir un sistema que permita a los clientes formalizar su reclamación, de manera que ésta quede recogida y registrada tal cual la manifiesta el cliente para su posterior análisis, según proceda. En el caso del Sistema Sanitario Público de Extremadura, es de aplicación: – El Decreto 4/2003, de 14 de enero, por el que se regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura. – La Orden de 26 de noviembre de 2003, por la que se regula la tramitación de las reclamaciones y sugerencias relativas a la actividad sanitaria, dirigidas por los usuarios. – La Instrucción 1/2004 de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud. Mediante este sistema, los clientes pueden formular sus reclamaciones de forma oficial en todas las unidades llamadas receptoras, durante las 24 horas del día, siendo éstas remitidas a los Servicios de Atención al Usuario o similares correspondientes, debiendo ser contestadas en plazo estipulado. Así mismo, los clientes pueden también depositar sus sugerencias en los llamados “buzones de sugerencias”, desde donde se dará traslado de las mismas al responsable adecuado, debiendo responder al cliente que lo solicitó, indicando el procedimiento adoptado en base a la sugerencia presentada.				
Requisitos mínimos	El sistema establecido debe estar funcionando, lo que conlleva que debe ser comunicado a los clientes en general y deben poderse mostrar evidencias del registro y tratamiento de las mismas, como por ejemplo formatos de reclamaciones y sugerencias, libro de incidencias, etc., más allá de la exigencia legal aplicable.				

Ejemplos	Objetivar formulario oficial establecido para la tramitación de las reclamaciones formuladas por los clientes, en todos los Servicios de Atención al Usuario o similares, quedando constancia legal de la presentación de las mismas. Objetivar la visibilidad de los “buzones de sugerencias”. Otro ejemplo es la existencia del personal y de los recursos materiales necesarios (personal específico que se encargue de recoger y posteriormente trasladar esas reclamaciones y sugerencias en todos los Servicios de Atención al Usuario o similares). Objetivar Libro de Reclamaciones y cuestionario al alta con espacio para sugerencias. Objetivar flujograma del proceso de “Gestión de reclamaciones y sugerencias”.
-----------------	---

Descripción del estándar	Se informa al cliente de su derecho a presentar sugerencias y reclamaciones y el método para llevarlas a cabo	Código:	7.2.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Desde el punto de vista del cliente son importantes tres cosas si algo va mal: saber dónde poder expresar su insatisfacción, cómo expresarla y confiar en que se resuelva. En el caso del Sistema Sanitario Público de Extremadura, es de aplicación la Orden de 26 de noviembre de 2003, según la cual se deberá señalar de forma visible y accesible la ubicación de las Hojas de Reclamaciones y las de Sugerencias, de manera que sea posible su localización y uso por todos los clientes. Posteriormente a la presentación de éstas, se informará al cliente en el plazo máximo de 30 días, de las conclusiones y medidas adoptadas en su caso. Así mismo, se le informará de que si en el plazo de dos meses no ha sido contestado, puede formular su petición al Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura (Decreto 4/2003 de 14 de enero).				
Requisitos mínimos	El cliente debe ser informado sobre el derecho que tiene y cómo puede ejercerlo.				
Ejemplos	La manera más común de realizarlo es a través de carteles razonablemente ubicados y diseñados de forma que sea de fácil acceso, lectura y comprensión.				

Descripción del estándar	<i>Está establecido un sistema que permita capturar la información de las quejas que los clientes realicen y que no se materialicen en una reclamación</i>	Código:	7.2.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Asumiendo el cumplimiento de la legislación disponible en materia de tratamiento de reclamaciones (es de aplicación en el caso del Sistema Sanitario Público de Extremadura, la Orden 26 de noviembre de 2003 y la Instrucción 1/2004 de la Dirección Gerencia del SES), mediante las que se debiera conseguir capturar el máximo de información referente a las insatisfacciones, toda vez que muchos clientes insatisfechos no reflejan esta insatisfacción en una hoja de reclamaciones. Debiera articularse un método para capturar esta información sumamente valiosa para la mejora del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias del establecimiento de un sistema para la obtención de información referente a las quejas de los clientes.</i> <i>Se presentan evidencias de la obtención de información referente a las quejas de los clientes.</i> <i>Se presentan evidencias de la obtención de información referente a las quejas de los clientes y se establecen acciones como consecuencia del análisis de los resultados obtenidos.</i>				
Ejemplos	<i>Se puede realizar a través del personal que desarrolla su actividad en contacto directo con el público, de manera que registren tanto las incidencias detectadas en su actividad como aquellas transmitidas por los clientes. Otra forma de hacerlo podría ser a través de documentos internos para la transmisión de quejas.</i>				

Descripción del estándar	Las sugerencias y reclamaciones presentadas son resueltas por el personal adecuado	Código:	7.2.4	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Un buen sistema de gestión de reclamaciones debe asegurar que se resuelven todas las sugerencias y reclamaciones presentadas, entendiendo como resolver una reclamación no su eliminación sino el análisis de la misma, que debe identificar las causas que la generaron y, cuando proceda, el establecimiento de acciones correctivas de dichas causas, amén de la restitución de la satisfacción de los clientes que reclaman. Esto implica que, para el establecimiento de todas las acciones pertinentes, esté involucrado el personal adecuado. Para una acción global que afecte a todo el CSES debiera estar involucrada la dirección, por ejemplo. Es de aplicación en el caso del Sistema Sanitario Público de Extremadura, la Orden 26 de noviembre de 2003 e Instrucción 1/2004 de la Dirección Gerencia del SES, por la que se hace necesario que todas las sugerencias y reclamaciones tramitadas, sean valoradas por los responsables adecuados de los Servicios de Atención al Usuario o similares y trasladadas a las direcciones correspondientes para las actuaciones y cambios que pudieran derivarse.				
Requisitos mínimos	Deben mostrarse registros de la participación del personal adecuado (según la magnitud y ámbito de la reclamación) en la investigación de las causas que han generado las reclamaciones y las acciones acordadas para eliminarlas.				
Ejemplos	Como ejemplos podemos citar entrevistas al personal encargado de los Servicios de Atención al Usuario o similares, que son los primeros que atienden al cliente, y al personal directivo, que es el que debe dar una solución al problema planteado.				

Descripción del estándar	Se comunica al reclamante el resultado del análisis de su reclamación así como de las acciones, en su caso, adoptadas por el CSES	Código:	7.2.5	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Además de todo lo dicho anteriormente, debe informarse al cliente del tratamiento que ha recibido su reclamación. Debe existir un plazo en el que se conteste la reclamación, dentro del cual se informe de los resultados del análisis de la reclamación y acciones adoptadas si procede. Es de aplicación en el caso del Sistema Sanitario Público de Extremadura, la Orden 26 de noviembre de 2003 e Instrucción 1/2004 de la Dirección Gerencia del SES.				
Requisitos mínimos	Debe mostrarse comunicación al cliente con el resultado de la investigación derivada tras su reclamación y las acciones que se han adoptado.				
Ejemplos	Objetivar copias con sello de registro, de las notificaciones realizadas a los reclamantes.				

Descripción del estándar	Queda constancia escrita del motivo de la reclamación, así como de las actuaciones emprendidas para dar curso y solucionar el problema en que la reclamación se basa	Código:	7.2.6	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Toda reclamación realizada en un CSES debe presentarse por escrito. Generalmente existe un formulario tipo a rellenar por el interesado, exponiendo los hechos y los motivos de la reclamación. El personal del CSES con competencias para la tramitación de reclamaciones (en general Servicios de Atención al Usuario o similares en el Sistema Sanitario Público de Extremadura), debe guardar copia con sello de registro de las mismas. En cuanto a las actuaciones emprendidas, quedan reflejadas documentalmente en la contestación por escrito por parte de la dirección.				
Requisitos mínimos	De todo el proceso de investigación de causas debe quedar registro de manera que se pueda trazar el motivo de la reclamación, qué se hizo para restituir la satisfacción del cliente y cuál fue el resultado de la investigación de causas. También debe quedar constancia de las acciones que se adoptaron para corregir las causas de cada reclamación.				
Ejemplos	Se pueden ver copias con sello de registro, de la contestación a la reclamación por parte de la dirección.				

Descripción del estándar	<i>La información agregada de las sugerencias y reclamaciones es analizada por los responsables adecuados para la adopción de acciones de mejora</i>	Código:	7.2.7	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Al margen del tratamiento derivado de cada una de las muestras de insatisfacción recibidas, debiera realizarse un análisis agregado de dicha información para poder identificar causas comunes a varias reclamaciones o globales. De esta manera se identificarían cuáles son las causas más comunes, más repetitivas o las de más alto impacto, ayudando a la hora de priorizar las acciones derivadas.</i> <i>Este análisis debe ser realizado por los responsables adecuados, en función de la magnitud, cantidad y ámbito de las reclamaciones y debieran, al menos, remitirse las conclusiones obtenidas a la dirección.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se presentan evidencias del análisis agregado de sugerencias y reclamaciones.</i> <i>Se presentan evidencias del análisis agregado de sugerencias y reclamaciones.</i> <i>Se presentan evidencias del análisis agregado de sugerencias y reclamaciones de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Se valora el número total de reclamaciones en un determinado período de tiempo, priorizando las acciones de mejora referidas a aquellas reclamaciones que más se repiten. Si las reclamaciones son nominales y negativas, la dirección debe tratar este problema con el profesional mencionado en las mismas.</i> <i>Para comprobar documentalmente este estándar se pueden objetivar informes técnicos sobre la información agregada de sugerencias y reclamaciones, o reportes a la dirección sobre este aspecto.</i>				

Descripción del estándar	<i>Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información agregada de las sugerencias y reclamaciones</i>	Código:	7.2.8	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Tras el análisis de la información agregada de las sugerencias y reclamaciones se identifican cuáles son las causas más comunes, más repetitivas o las de más alto impacto, ayudando a la hora de priorizar las acciones derivadas.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> • <i>No se presentan evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia del análisis agregado de sugerencias y reclamaciones.</i> • <i>Se presentan evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia del análisis agregado de sugerencias y reclamaciones.</i> • <i>Se presentan evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia del análisis agregado de sugerencias y reclamaciones, de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Pruebas documentales: informes técnicos o reportes a la dirección. Actas de reunión en las que se trate el establecimiento de acciones de mejora como por ejemplo, aumento del número de veces en que se limpia un determinado área en función de las reclamaciones efectuadas al respecto.</i>				

Descripción del estándar	<i>Están establecidos objetivos en cuanto a sugerencias y reclamaciones</i>	Código:	7.2.9	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para que la información obtenida aporte el máximo valor añadido, ésta debe poderse comparar con algún referente (valor del indicador establecido) para dilucidar si los resultados obtenidos son indicativos de una buena gestión o, por el contrario, indican una oportunidad de mejora.</i> <i>Dentro de esta comparación de información, debieran establecerse valores objetivo a las características analizadas en cuanto a sugerencias y reclamaciones que se están valorando. Esta definición de valores objetivo debiera ser establecida como consecuencia de un análisis previo de los valores máximos exigibles teniendo en cuenta todas las variables de gestión y debiera ser un corolario de la política y estrategia del CSES.</i> <i>Estos valores deben ser realistas y estar validados por la dirección.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se han establecido objetivos en cuanto a sugerencias y reclamaciones.</i> <i>Se han establecido objetivos en cuanto a sugerencias y reclamaciones.</i> <i>La dirección ha establecido objetivos en cuanto a sugerencias y reclamaciones y se revisan periódicamente.</i>				
Ejemplos	<i>Contestar las reclamaciones en plazo y de manera más personalizada.</i> <i>Establecer un registro de reclamaciones verbales y que sea operativo en 6 meses.</i> <i>No tener reclamaciones por insuficiencia de limpieza del CSES.</i> <i>Disminución del número de reclamaciones en cuanto a listas de espera.</i> <i>Disminuir las reclamaciones en cuanto a demora en citación de consultas.</i>				

Descripción del estándar	<i>Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en cuanto a sugerencias y reclamaciones</i>	Código:	7.2.10	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Dentro de esta comparación de información, debieran establecerse valores estimables en cuanto a las sugerencias y reclamaciones. Entendemos que en este caso es difícil establecer valores objetivo en cuanto a su número, pues tan negativo es que existan muchas reclamaciones / quejas (muchos clientes insatisfechos) como que haya muy pocas reclamaciones (¿realmente la gente puede / sabe / quiere quejarse?). Por ello los valores objetivo debieran ser más cualitativos que cuantitativos (disminuir las del año pasado, corregirlas en un plazo determinado, realizar acciones agrupadas, etc.).</i> <i>Estos valores deben ser realistas y deben estar validados por la dirección.</i> <i>Tal como ya se ha comentado con anterioridad, la información obtenida debe ser analizada en los foros adecuados. Sería deseable que se hiciera un seguimiento del cumplimiento de estos valores establecidos en los foros adecuados. Esta reflexión permitirá identificar puntos fuertes y áreas a mejorar dentro de la gestión del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se muestran evidencias de haber analizado el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos.</i> <i>Se muestran evidencias de haber analizado el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos.</i> <i>Se muestran evidencias de haber analizado el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos, de forma sistemática y de haber realizado acciones en consecuencia.</i>				
Ejemplos	<i>Actas de reunión, informes técnicos, reportes a la dirección, por ejemplo, de la disminución del número de reclamaciones sobre determinados aspectos con respecto a períodos anteriores, tal y como se había propuesto en los objetivos establecidos.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se realizan comparaciones / análisis de los resultados obtenidos con otras organizaciones similares en cuanto a sugerencias y reclamaciones</i>	Código:	7.2.11	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para que la información obtenida aporte el máximo valor añadido, ésta debe poderse comparar con algún referente para dilucidar si los resultados obtenidos son indicativos de una buena gestión o, por el contrario, indican una oportunidad de mejora.</i> <i>Dentro de esta comparación de información, debieran identificarse organizaciones similares sobre las que poder realizar ejercicios comparativos de resultados, asumiendo que si bien existen diferencias entre organizaciones, conociendo estas diferencias, es posible obtener información valiosa.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se han realizado comparaciones con otras organizaciones.</i> <i>Se han realizado comparaciones con otras organizaciones.</i> <i>Se muestran evidencias de haber realizado comparaciones con otras organizaciones, de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Realización de estudios comparativos con CSES de características similares (por ejemplo hospitales con el mismo número de camas, hospitales especializados en determinadas áreas, etc.).</i> <i>Se pueden objetivar documentalmente a través de informes técnicos, reportes a la dirección o actas de reunión.</i>				

Descripción del estándar	<i>Existe un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores de sugerencias y reclamaciones establecidos</i>	Código:	7.2.12	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El análisis planteado debe ser consecuencia de una estrategia global y debe hacerse de manera sistemática en cada período de gestión.</i> <i>Para que la información obtenida aporte el máximo valor añadido, ésta debe poderse comparar con algún referente para dilucidar si los resultados obtenidos son indicativos de una buena gestión o, por el contrario, indican una oportunidad de mejora.</i> <i>Sean cuales sean los indicadores establecidos, debiera hacerse un seguimiento de la evolución de los mismos en el tiempo como marco de comparación con uno mismo.</i> <i>Es importante, por tanto, que para valorar este estándar exista un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias del análisis de las tendencias de los indicadores de insatisfacción de clientes.</i> <i>Se presentan evidencias del análisis de las tendencias de los indicadores de insatisfacción de clientes.</i> <i>Se presentan evidencias del análisis periódico y sistemático de las tendencias de los indicadores de insatisfacción de clientes.</i>				
Ejemplos	<i>Se pueden objetivar documentalmente a través de informes técnicos, reportes a la dirección o actas de reunión.</i> <i>Ej. de indicadores: nº de reclamaciones acerca de la comida en un hospital, nº de reclamaciones al personal por falta de empatía.</i>				

Descripción del estándar	<i>Los indicadores establecidos al respecto de las sugerencias y reclamaciones muestran tendencias positivas</i>	Código:	7.2.13	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una vez analizadas las tendencias de los indicadores respecto a sugerencias y reclamaciones, el hecho de que estas sean positivas representa un paso más en la mejora de la calidad de los CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se han realizado comparaciones con los datos obtenidos en otros períodos o no se dispone de datos de otros períodos.</i> <i>Los indicadores establecidos muestran tendencias positivas en más del 50% de los casos.</i> <i>Los indicadores establecidos muestran tendencias positivas en más del 80% de los casos.</i>				
Ejemplos	<i>Se pueden objetivar documentalmente a través de informes técnicos, reportes a la dirección o actas de reunión.</i>				

Categoría 8: SATISFACCIÓN DEL PERSONAL

Definición

Qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de los trabajadores del CSES.

Propósito

Dentro del enfoque de incorporar la consecución de resultados como algo importante en la gestión, debe poderse obtener información de las distintas personas que componen los recursos humanos del CSES, para incorporar las actuaciones pertinentes en vista de su mejora.

No debe olvidarse el equilibrio que debe existir entre todos los resultados, de manera que la gestión permita obtener la consecución de los objetivos previstos, pero de una manera estructurada y equilibrada, de modo que la satisfacción de los pacientes no implique reducir la involucración de los trabajadores con el CSES ni disminuir su motivación ó nivel de satisfacción, por ejemplo. Los estándares incluidos pretenden asegurar que en la gestión de un CSES también es tomada en cuenta la satisfacción de sus trabajadores.

Al igual que en el resto de las categorías de resultados, se han establecido estándares para valorar la captación de información, su revisión y análisis, el establecimiento de objetivos para ellas, su comparación con otros CSES equiparables y la adopción de acciones en consecuencia.

8.1 Resultados en las personas

Descripción del estándar	Los métodos identificados de medición de la satisfacción de personal son puestos en práctica	Código:	8.1.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Se debe analizar qué métodos son aplicables, amén de tener estructurada una sistemática que garantice que todas las opiniones manifestadas por los trabajadores son capturadas y analizadas. Además de las encuestas de satisfacción, se pueden citar las técnicas de investigación cualitativa como los grupos nominales, focales, de discusión, análisis de contenido en medios de comunicación u otros métodos de consenso. Lo importante debe ser que se obtenga el máximo de información proveniente del personal del CSES, independientemente del método empleado para ello.				
Requisitos mínimos	Existencia de la realización de medidas para la obtención de información sobre satisfacción de los trabajadores.				
Ejemplos	Entre las medidas directas de la satisfacción del personal, además de las encuestas, se pueden utilizar otros métodos como son por ejemplo "grupos focales" y reuniones con personal agrupado por categorías (según grupos de trabajo, situación laboral, categoría profesional, según responsabilidad o tareas, etc.). Como ejemplos de métodos indirectos de medición de la satisfacción de personal, están la comprobación del nivel de absentismo del personal, informes de análisis de bajas por enfermedad, número de huelgas registradas, demandas, quejas o sugerencias propias o a través de sindicatos, etc. Se pueden comprobar los informes resultantes de la puesta en marcha de las mediadas de satisfacción realizadas. Se pueden realizar entrevistas a trabajadores y a la dirección.				

Descripción del estándar	<i>Se realizan encuestas para medir el grado de satisfacción del personal del CSES</i>	Código:	8.1.2	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Un aspecto importante en la gestión de las organizaciones es la satisfacción del personal de las mismas. Siendo conscientes de las distintas vertientes y planos de análisis que su abordaje presenta, éste no puede, ni debe ser excluido de un modelo de gestión de organizaciones sanitarias.</i> <i>Como en otras facetas del modelo, los datos recogidos relativos a los resultados que se están obteniendo en las personas, deben ser completados con otras informaciones para que su análisis sea completo y veraz.</i> <i>La realización de encuestas entre los trabajadores es una opción para obtener información acerca de los resultados que la política del CSES está generando en las personas.</i> <i>Debería prepararse cuidadosamente dicha encuesta para obtener realmente la información necesaria.</i> <i>Sería deseable que estas encuestas se realizaran de manera periódica.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN</i> <i>No se ha realizado ninguna encuesta de satisfacción entre el personal del CSES.</i> <i>Se ha realizado al menos una encuesta de satisfacción entre el personal del CSES en los últimos tres años.</i> <i>Se realizan encuestas de satisfacción del personal con una periodicidad anual.</i>				
Ejemplos	<i>Objetivar las encuestas realizadas para medir el grado de satisfacción del personal del CSES.</i> <i>Las encuestas deben hacer referencia a temas como, por ejemplo, condiciones económicas, condiciones de empleo, gestión de la empresa, condiciones de seguridad e higiene, entorno del trabajo, relaciones interpersonales, nivel de motivación, nivel de satisfacción, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Existe al menos un modelo de encuesta validado por la dirección para medir la satisfacción del personal</i>	Código:	8.1.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El principio de que “las personas son el principal activo de las organizaciones” se cumple de forma especial en el caso de las organizaciones sanitarias. Tanto es así que la calidad de los servicios prestados se relaciona directamente con la satisfacción de los profesionales que las integran.</i> <i>La medición de la satisfacción debiera realizarse tras el análisis e identificación de las características a medir, por lo que debiera existir un estudio que concluyera con el establecimiento de, al menos, una encuesta tipo para realizar la medición. Este tipo de encuesta, dadas las implicaciones que tiene, debe estar validada por el equipo directivo.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Sin evidencias de la validación de la encuesta por la dirección.</i> <i>• Con evidencias de la validación de la encuesta por la dirección.</i> <i>• Con evidencias de la utilización periódica de la encuesta validada por la dirección.</i>				
Ejemplos	<i>Debe poderse mostrar la encuesta utilizada junto a algún tipo de validación de la misma por la dirección (acta de reunión, firma de validación, etc.).</i> <i>Constatar la existencia del modelo de encuesta validado por la dirección, y/o de la utilización de la misma, a través de los resultados obtenidos, que deberán estar reflejados en algún documento, como puede ser un informe firmado por la dirección en el que explica la implantación de la encuesta.</i> <i>Entrevistas a la dirección, al personal responsable y a los supervisores de los distintos Servicios de los CSES.</i>				

Descripción del estándar	<i>El método para realizar la medida de la satisfacción del personal está fundamentado</i>	Código:	8.1.4	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Medir la satisfacción del personal es algo más que realizar una encuesta. Para garantizar que los resultados son representativos, debe existir una justificación documentada del método empleado, al menos para seleccionar el tamaño de la muestra (cuántos), y su identificación (cuáles). Es decir, cuántas encuestas debo obtener y para ello qué criterio se va a seguir para entregar y obtener dicho número sin sesgos que puedan invalidar la representatividad de los resultados.</i> <i>En las encuestas realizadas existen items sobre: condiciones laborales, organización que existe en el trabajo, distribución de recursos disponibles, recursos humanos, nivel de participación e implicación profesional, protocolización de técnicas, situación de clima laboral (sobrecarga laboral, condiciones de seguridad e higiene, etc.).</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>Sin evidencias de la justificación del método.</i> <i>Con evidencias de la justificación del método.</i> <i>Con evidencias de la justificación del método y su revisión periódica como consecuencia de los resultados obtenidos.</i>				
Ejemplos	<i>Debe existir alguna evidencia en la que se justifique el método empleado: informe técnico, bibliografía específica, etc.</i> <i>Entrevistas a la dirección, al personal responsable y a los supervisores de los distintos Servicios de los CSES.</i>				

Descripción del estándar	<i>La muestra de personal seleccionada para realizar la encuesta es representativa de la población total de trabajadores del CSES</i>	Código:	8.1.5	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La muestra es una parte de un conjunto o población debidamente elegida, que se somete a observación en representación del conjunto, con el propósito de obtener resultados válidos para todo el universo. A efectos de que la información obtenida de una muestra sea válida, ésta debe ser representativa de las personas trabajadoras del CSES, lo que significa que en su estructura se reproduzcan exactamente las características y comportamientos del personal de la que ha sido obtenida.</i> <i>Para ello debe haberse elegido el número suficiente de personas trabajadoras del CSES y con las características adecuadas a aquello que se desea medir.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>La muestra de personal seleccionada no es representativa de la población total de trabajadores del CSES.</i> <i>La muestra de personal seleccionada es representativa de la población total de trabajadores, con un intervalo de confianza menor al 95%.</i> <i>La muestra de personal seleccionada es representativa de la población total de trabajadores del CSES, con un intervalo de confianza mayor o igual al 95%.</i>				
Ejemplos	<i>Objetivar documentación en la que se defina la muestra seleccionada y los criterios utilizados, para garantizar la representatividad respecto a la población total de personas trabajadoras del CSES, es decir, el tipo de muestreo utilizado.</i>				

Descripción del estándar	<i>En la muestra a encuestar están identificadas todas las categorías de personal</i>	Código:	8.1.6	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Cualquier organización tiene que ser capaz de identificar cuáles son sus principales categorías de personal para así poder tener una información más específica y realista como consecuencia de las medidas de satisfacción.</i> <i>Aunque a priori pueden ser definidas distintas categorías de personal, sería conveniente que cada CSES estableciera sus propias categorías en función de sus criterios. Una vez determinadas las diferentes categorías de personal, debe seleccionarse el tamaño de muestra adecuado en cada caso, para asegurar la representatividad de los datos.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No están identificadas las categorías de personal.</i> <i>• Existe una identificación de las principales categorías de personal.</i> <i>• Para realizar la encuesta se seleccionan trabajadores de cada categoría de personal identificada.</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos de criterios de agrupamiento de personal: categoría profesional (pudiendo establecer subgrupos dentro de cada categoría), por el ámbito (según centro sanitario donde trabaje), por trabajo desempeñado (según organización de tareas encomendadas o según responsabilidad), según su situación laboral, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Entre los ítems a evaluar en las medidas de satisfacción de profesionales se valora la opinión sobre los planes de formación continuada</i>	Código:	8.1.7	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El principio rector de los planes de formación continuada se encuentra en la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, artículo 12, “la actualización permanente de conocimiento de los profesionales sanitarios, como un derecho y deber de éstos. Para ello, las instituciones y centros sanitarios facilitarán la realización de actividades de formación continuada. Este principio se plasma en el estándar 3.1.9 y 5.2.1, sobre necesidades de formación y Planes de formación continuada.</i> <i>El paso siguiente sería evaluar las actividades formativas, con el propósito de obtener información que retroalimente a las nuevas acciones formativas.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En las encuestas de satisfacción u otros medios de recogida de información, se evalúa la opinión que tienen los profesionales sobre los planes de formación.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• Entre los ítems a evaluar no se evalúa la información recibida sobre los planes de formación continuada..</i> <i>• Entre los ítems a evaluar se incluye la información recibida sobre los planes de formación continuada.</i> <i>• Entre los ítems a evaluar se incluye la información recibida sobre los planes de formación continuada, de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Las encuestas de satisfacción de personal pueden contener ítems como: “El plan de formación contiene materias en relación con las necesidades formativas que usted siente”.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se evalúa la satisfacción en relación a la comunicación interna, tanto ascendente como descendente y lateral</i>	Código:	8.1.8	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La comunicación interna es el proceso de intercambio que se desarrolla de una manera permanente y dinámica entre los miembros que componen una organización.</i> <i>Un Plan de comunicación interna (subcategoría 3.2), lo que pretende, es establecer una serie de pautas que faciliten la comunicación para que esta se convierta en una herramienta de apoyo a la gestión, su objetivo es:</i> <i>- Promover la comunicación entre los miembros.</i> <i>- Facilitar la integración entre las realizaciones personales y las institucionales.</i> <i>- Reducir los focos de conflicto interno a partir del fortalecimiento de la cohesión de los miembros.</i> <i>- Contribuir a la creación de espacios de información, participación y opinión.</i> <i>Una vez realizado el Plan, en las encuestas de satisfacción u otros sistemas de recogida de información, se debería valorar el grado de satisfacción de los trabajadores con las medidas realizadas. Esto permitiría al CSES realizar acciones de mejora si fuera necesario, o el rediseño del mismo plan sustentado en la información obtenida sobre las expectativas del personal.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En las encuestas de satisfacción u otros medios de recogida de información, se evalúa la opinión que tienen los profesionales sobre el plan de comunicación interna.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No se evalúa la satisfacción en relación a la comunicación interna.</i> <i>• Se evalúa la satisfacción en relación a la comunicación interna.</i> <i>• Se evalúa la satisfacción en relación a la comunicación interna, y se realizan acciones como consecuencia de la información obtenida.</i>				
Ejemplos	<i>En las encuestas de satisfacción del personal pueden existir preguntas como: “Facilidad para acceder a la dirección”, “La dirección comunica de forma adecuada los cambios en la organización a</i>				

	<i>todo el personal”.</i>
--	---------------------------

Descripción del estándar	<i>Se evalúa la satisfacción en relación a las acciones de reconocimiento hacia el personal por parte de la dirección</i>	Código:	8.1.9	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La subcategoría 3.3 aborda todos los estándares que deberá tener un CSES sobre el reconocimiento hacia los trabajadores por parte de la dirección, con el propósito de lograr su satisfacción.</i> <i>En términos de calidad, Donabedian establece que la satisfacción del profesional puede considerarse como un criterio de la “calidad de la organización o institución”, a modo de rasgo estructural que favorece el buen funcionamiento y la calidad del servicio.</i> <i>Esta satisfacción debe basarse en tres pilares, a saber: el reconocimiento profesional, la información y la participación.</i> <i>Para poder evaluar si las acciones realizadas sobre reconocimiento hacia el personal son satisfactorias o no, se tendrá que obtener la información a través de diversos mecanismos, como son: encuestas de satisfacción, seguimiento de sugerencias, realización de entrevistas dirigidas y valoración de percepciones o expectativas mediante grupos de trabajo. Posteriormente analizarla e incorporarla, si procede a los planes de mejora.</i>				
Requisitos mínimos	<i>En las encuestas de satisfacción u otros medios de recogida de información, se evalúa la opinión que tienen los profesionales sobre el reconocimiento hacia el personal.</i> ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se evalúa la satisfacción en relación a las acciones de reconocimiento hacia el personal.</i> <i>Se evalúa la satisfacción en relación a las acciones de reconocimiento hacia el personal.</i> <i>Se evalúa la satisfacción en relación a las acciones de reconocimiento hacia el personal., y se realizan acciones como consecuencia de la información obtenida.</i>				
Ejemplos	<i>Las encuestas de satisfacción del personal pueden contener preguntas como: “La dirección realiza labores de reconocimiento al personal”.</i>				

Descripción del estándar	La información obtenida en las medidas de satisfacción del personal es analizada por los responsables adecuados	Código:	8.1.10	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Si no se analizan los resultados obtenidos en las medidas de satisfacción, no se podrá utilizar esta información en la mejora del clima laboral, siendo de gran importancia, por tanto, estos resultados para la detección, análisis y posterior subsanación de los errores por parte de los responsables adecuados.				
Requisitos mínimos	La dirección del CSES debe estar al tanto de los medios utilizados para conocer la satisfacción del personal, así como de los resultados obtenidos. Para ello se deben realizar evaluaciones e informes anuales por los responsables adecuados.				
Ejemplos	Se pueden comprobar actas de reunión de la dirección en las que se aborde el análisis de dicha información. Se pueden realizar entrevistas a la dirección.				

Descripción del estándar	<i>Existen evidencias del establecimiento de acciones como consecuencia de la información obtenida sobre la satisfacción del personal</i>	Código:	8.1.11	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Continuando con el proceso lógico descrito, una vez identificada la información procedente del personal y analizada en los foros adecuados, se deben establecer las acciones que se consideren oportunas, y hacerse un seguimiento de la implantación efectiva de dichas acciones, para asegurar que las oportunidades de mejora identificadas se llevan a cabo.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se muestran evidencias de haber adoptado acción alguna como consecuencia de la información sobre la satisfacción del personal.</i> <i>Se muestran evidencias de haber adoptado acciones como consecuencia de la información sobre la satisfacción del personal.</i> <i>Se muestran evidencias de haber adoptado acciones de manera sistemática como consecuencia de la información sobre satisfacción del personal.</i>				
Ejemplos	<i>Para poder evidenciar este hecho deben existir registros de que las acciones acordadas como consecuencia de la información obtenida sobre la satisfacción de personal se han llevado a cabo y, en su defecto, la pertinente justificación documentada.</i> <i>Posibles acciones que podrían ponerse en marcha serían, por ejemplo, la publicación de mejoras o medidas implantadas a partir del análisis de la información obtenida sobre satisfacción de personal.</i> <i>Otro ejemplo sería el establecimiento de un Foro Electrónico puesto a disposición del personal, tras recibir quejas sobre la falta de canales de comunicación.</i> <i>Se pueden objetivar actas de reunión en las que se traten las acciones establecidas a partir del análisis de la información obtenida sobre satisfacción del personal, por ejemplo, estabilidad laboral, desarrollo de mecanismos de promoción interna, así como posibilidad de movilidad, programas de formación continuada dirigidos a todas las categorías profesionales y niveles sin exclusión, facilitando la asistencia, consiguiéndose de esta manera una mayor participación de los profesionales.</i>				

Descripción del estándar	<i>Están establecidos objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción del personal</i>	Código:	8.1.12	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para que la información obtenida aporte el máximo de valor añadido, ésta debe poderse comparar con algún referente (valor del indicador establecido) para dilucidar si los resultados obtenidos son indicativos de una buena gestión o, por el contrario, indican una oportunidad de mejora.</i> <i>Dentro de esta comparación de información, debieran establecerse valores objetivo de las características analizadas en cuanto a la satisfacción de personal que se están valorando. Esta definición de valores objetivo debiera ser establecida como consecuencia de un análisis previo de los valores máximos exigibles teniendo en cuenta todas las variables de gestión y debiera ser un corolario de la política y estrategia del CSES.</i> <i>Estos valores deben ser realistas y estar validados por la dirección.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se han establecido objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción del personal.</i> <i>Se han establecido objetivos para las principales características de valoración de la satisfacción del personal.</i> <i>La dirección ha establecido objetivos para todas las características de valoración de la satisfacción del personal.</i>				
Ejemplos	<i>Objetivar en informes técnicos los objetivos establecidos en cuanto a puntuación de la satisfacción del personal en relación a: desarrollo de mecanismos de promoción interna (movilidad e intercambio de profesionales), mejoras en las condiciones laborales (mayor estabilidad e incentivos reconocibles), gestión de soluciones frente a tensiones y conflictos laborales, fomento de colaboración entre grupos y niveles asistenciales mejorando así la coordinación, informes sobre evaluación de todos los servicios e inventario de todo el personal para una mejora organizativa, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos</i>	Código:	8.1.13	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Tal como se ha comentado con anterioridad, la información obtenida debe ser analizada en los foros adecuados. Se debe realizar un seguimiento del cumplimiento de los objetivos establecidos en cuanto a la satisfacción del personal en los foros adecuados y analizar las causas de su grado de cumplimiento. Esta reflexión permitirá identificar puntos fuertes y áreas a mejorar dentro de la gestión del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se muestran evidencias de haber analizado el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos.</i> <i>Se muestran evidencias de haber analizado el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos.</i> <i>Se muestran evidencias de haber analizado de forma periódica el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos y se han establecido acciones derivadas de dicho análisis.</i>				
Ejemplos	<i>Actas de reunión de la dirección que demuestren que se ha analizado la puntuación obtenida en satisfacción, comparándola con los objetivos propuestos descritos en el estándar anterior.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se realizan comparaciones / análisis de los resultados obtenidos sobre satisfacción de personal con otras organizaciones similares</i>	Código:	8.1.14	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para que la información obtenida aporte el máximo valor añadido, ésta debe poderse comparar con algún referente, para dilucidar si los resultados obtenidos son indicativos de una buena gestión o, por el contrario, indican una oportunidad de mejora.</i> <i>Dentro de esta comparación de información, debieran identificarse organizaciones similares sobre las que poder realizar ejercicios comparativos de resultados, asumiendo que si bien existen diferencias entre organizaciones, conociendo estas diferencias, es posible obtener información valiosa.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No se han realizado comparaciones con otras organizaciones en cuanto a satisfacción de personal.</i> <i>• Se han realizado comparaciones con otras organizaciones en cuanto a satisfacción de personal.</i> <i>• Se muestran evidencias de haber realizado comparaciones sistemáticas con otras organizaciones sobre la satisfacción del personal.</i>				
Ejemplos	<i>Se pueden establecer estrategias de Benchmarking, basándose en el análisis de la experiencia sobre satisfacción de personal realizadas en hospitales y centros de atención primaria del resto del país y en centros europeos.</i>				

Descripción del estándar	<i>Existe un análisis sistematizado de las tendencias mostradas por los indicadores establecidos sobre satisfacción de personal</i>	Código:	8.1.15	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para conocer el grado de efectividad de las medidas realizadas como consecuencia de la información obtenida acerca de la satisfacción, se deben analizar las tendencias mostradas por los indicadores establecidos.</i> <i>El análisis planteado debe ser consecuencia de una estrategia global y debe hacerse de manera sistemática en cada período de gestión.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se presentan evidencias del seguimiento de las tendencias de los indicadores de satisfacción de personal.</i> <i>Se presentan evidencias del seguimiento de las tendencias de los indicadores de satisfacción de personal.</i> <i>Se presentan evidencias del seguimiento periódico y sistemático de las tendencias de los indicadores de satisfacción de personal.</i>				
Ejemplos	<i>Se pueden comprobar informes técnicos y actas de reunión de la dirección, en las que conste el análisis de las tendencias mostradas por los indicadores establecidos.</i>				

Descripción del estándar	<i>Los indicadores establecidos sobre satisfacción de personal muestran tendencias positivas</i>	Código:	8.1.16	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para que la información obtenida aporte el máximo valor añadido, ésta debe poderse comparar con algún referente para dilucidar si los resultados obtenidos son indicativos de una buena gestión o, por el contrario, indican una oportunidad de mejora.</i> <i>Sean cuales sean los indicadores establecidos, debiera hacerse un seguimiento de la evolución de los mismos en el tiempo como marco de comparación con uno mismo.</i> <i>La comparación con uno mismo debe arrojar tendencias “positivas”, entendiendo como tales no aquellos cuyos datos mejoran los de ejercicios anteriores, sino aquellos que marcan una tendencia positiva teniendo en cuenta todas las variables involucradas. Quiere esto decir que un parámetro determinado puede obtener un dato peor que el período anterior y sin embargo ser un resultado óptimo debido a otras circunstancias.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se han realizado comparaciones con los datos obtenidos en otros períodos o no se dispone de datos de otros períodos (en cuanto a satisfacción de personal).</i> <i>Los indicadores establecidos muestran tendencias positivas en más del 50% de los casos.</i> <i>Los indicadores establecidos muestran tendencias positivas en más del 80% de los casos.</i>				
Ejemplos	<i>La dirección ha obtenido tras el análisis de resultados y comparación de los últimos períodos, tendencias positivas en la satisfacción en cuanto a condiciones laborales y profesionales del personal, gestión de soluciones referentes a cargas en el trabajo, stress y tensión, desarrollo de mecanismos de promoción interna, programas de formación continuada, colaboración entre niveles asistenciales, mayor participación e implicación del personal para una mejor discusión de objetivos, protocolización de técnicas en auto-evaluación de calidad, etc.</i> <i>Se puede objetivar en informes técnicos, actas de reunión de la dirección, etc.</i>				

Categoría 9: IMPLICACIÓN CON LA SOCIEDAD

Definición

Qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de las necesidades y expectativas de la comunidad local, nacional e internacional en general (según sea apropiado). Se incluye en este criterio cómo se percibe el modo en que la organización entiende la calidad de vida, el entorno y la conservación de los recursos naturales, así como las mediciones internas de efectividad que realice. También se incluirán las relaciones con las autoridades y organismos que influyen y regulan las actividades de la organización.

Propósito

Uno de los clientes, en su sentido más amplio, que los CSES tienen, es la sociedad como receptora de los beneficios de la mejora de la salud de los ciudadanos. Esta categoría pretende que en la gestión de los CSES, se incluyan aquellos aspectos adicionales al propio servicio sanitario para conseguir una sociedad mejor, valorando los logros obtenidos como consecuencia de la gestión en este sentido.

Este criterio medirá el impacto de la organización en la sociedad en los temas que no se contemplan en sus responsabilidades primarias ni en sus obligaciones estatutarias, como por ejemplo actividades como miembro de la sociedad, implicaciones en la Comunidad o actividades para disminuir el impacto ambiental.

9.1 Resultados en la Sociedad

Descripción del estándar	Existen pruebas fehacientes de la participación en el correspondiente Consejo de Salud de Zona y de Área, en el caso de CSES públicos	Código:	9.1.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La Ley 10/2001, de Salud de Extremadura establece un marco de ordenación para la sanidad pública extremeña, creando en su artículo 36 el Consejo de Salud de Área, como órgano colegiado de consulta y participación, cuyo objetivo general es la mejora de la actuación sanitaria y el seguimiento de la gestión del área, procurando una mejor adecuación de los servicios a las necesidades de la población asignada. Posteriormente el Decreto 189/2004, de 14 de diciembre, regula en su Capítulo III las atribuciones, composición y funcionamiento de dichos Consejos. En el artículo 39 de la misma Ley, se crea el Consejo de Salud de Zona, como órgano colegiado de participación y coordinación entre las corporaciones locales y el equipo de atención primaria, en aras de conseguir una mayor intervención de la población en el conocimiento y comunicación del estado de salud de la zona. Mediante la Orden de 20 de abril de 1988, queda regulada la composición y funciones de dicho Consejo. Como principio básico, el CSES debe participar e involucrarse con las distintas organizaciones de índole social que operan en su ámbito de influencia. Esta participación debe ser la consecuencia de un planteamiento más amplio de la política a seguir por el CSES. La relación con las autoridades locales y regionales tiene su expresión en la participación en los correspondientes Consejos de Salud de Zona y de Área. Este estándar sólo será obligatorio a efectos de CSES públicos. En el caso de los Consejos de Salud de Zona, este estándar sería sólo obligatorio para los centros de salud del Sistema Sanitario Público Extremeño, mientras que sería eximible para los centros con internamiento o los servicios sanitarios.				
Requisitos mínimos	Uno de los requisitos básicos es la participación de personal cualificado del CSES en el correspondiente Consejo de Salud de Zona, de cuya participación deben poderse mostrar registros que evidencien dicha involucración.				

	En el caso de los Consejos de Salud de Área, serán los equipos directivos de las Gerencias de Área los que acudirán como representantes de la Administración de la Comunidad Autónoma.
Ejemplos	Algunos ejemplos de ello lo pueden constituir las convocatorias y/o actas de reunión o resúmenes de actuaciones desarrolladas por el Consejo de Salud, o en su defecto muestras que evidencien el intento de participación en el Consejo de Salud.

Descripción del estándar	<i>Se han desarrollado actuaciones conjuntas con organizaciones sociales y ciudadanas con el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud</i>	Código:	9.1.2	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>En los estándares 4.1.1, 4.1.2 y 4.1.3, se establecen alianzas externas con organizaciones sociales y ciudadanas (entre otras), basándose en criterios de beneficio mutuo, con el objetivo de establecer actividades donde mostrar las tecnologías y procesos utilizados, así como la presentación de resultados y conclusiones para el aprovechamiento de todos los participantes.</i> <i>Este estándar se enfoca sobre el concepto básico de involucración en su entorno de influencia, para lo cual, deberían identificarse y programarse aquellas actuaciones con los colectivos adecuados para poder actuar sobre la salud de la población de manera preventiva fomentando y potenciando hábitos y conductas que redunden en una mejora de salud.</i> <i>Sería deseable que estuvieran identificados cuáles son las organizaciones sociales y ciudadanas con las que colaborar en las líneas descritas anteriormente. Esta actuación no debiera tratarse de colaboraciones puntuales y esporádicas sino que debieran formar parte de una estrategia más amplia planificada por el CSES.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias de desarrollo de actividades conjuntas con las organizaciones sociales y ciudadanas identificadas.</i> <i>Se presentan evidencias de desarrollo de actividades conjuntas con las organizaciones sociales y ciudadanas identificadas.</i> <i>Se presentan evidencias de las actuaciones desarrolladas de forma sistemática con organizaciones sociales y ciudadanas.</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos de organizaciones sociales y ciudadanas: Asociación de madres de drogodependientes, Organización de Consumidores y Usuarios, Asociaciones de vecinos, etc.</i> <i>Deben poderse mostrar evidencias (como actas de reuniones, correos electrónicos, circulares, etc.) del desarrollo de las actuaciones realizadas conjuntamente para alcanzar unos resultados preestablecidos.</i>				

	<i>Dentro de estas actuaciones se puede citar, por ejemplo, la difusión de información relevante para la comunidad (publicaciones, ponencias, comunicaciones, docencia, etc), labores de educación para la salud (programas de actividades educativas saludables, etc), sede social reconocida oficialmente de asociaciones altruistas y filantrópicas, bibliotecas relacionadas con la universidad o centros sociales, actividad docente en colegios, institutos, etc., relaciones con las autoridades locales en cuanto a certificaciones, pagos y permisos, licencias, etc.</i>
--	---

Descripción del estándar	<i>Se han desarrollado actuaciones conjuntas con colegios profesionales en el ámbito de las Ciencias de la Salud</i>	Código:	9.1.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Dentro de la búsqueda de sinergias con otras organizaciones, los CSES deben aprovechar la vinculación con los colegios profesionales, orientando los esfuerzos a la consecución de mejores condiciones en las que se desarrolle el trabajo de los diferentes colectivos que integran las organizaciones sanitarias, lo que a su vez repercutirá en beneficio de los usuarios del sistema, mediante el desarrollo de actuaciones conjuntas con colegios profesionales en el ámbito de las Ciencias de la Salud.</i> <i>Sería deseable que estuvieran identificados cuáles son las actividades que se van a desarrollar con los distintos colegios profesionales relacionados en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Esta actuación no debiera tratarse de colaboraciones puntuales y esporádicas sino que debiera formar parte de una estrategia más amplia planificada por el CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se presentan evidencias de actuaciones conjuntas con los colegios profesionales.</i> <i>Se presentan evidencias de actuaciones conjuntas con los colegios profesionales.</i> <i>Se presentan evidencias de las actuaciones desarrolladas con los colegios profesionales de acuerdo a una planificación preestablecida, de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Deben poderse mostrar evidencias (actas de reunión, publicaciones, reportes, etc.) de las actuaciones conjuntas desarrolladas con los colegios profesionales.</i> <i>Estas actuaciones conjuntas podrían ser: foros a través de Internet, charlas formativas, coloquios, jornadas, programas de atención al médico enfermo, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se han desarrollado actuaciones conjuntas con sociedades científicas en el ámbito de las Ciencias de la Salud</i>	Código:	9.1.4	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>En el ámbito de las Ciencias de la Salud, como en otros campos, se está produciendo un continuo avance gracias a la investigación, desarrollo e innovación, de manera que todos los profesionales cuyas tareas estén relacionadas con la actividad sanitaria deben estar abiertos al aprendizaje y renovación de conocimientos, a lo que contribuyen en gran medida las sociedades científicas. Estas, para conseguir el uso adecuado del conocimiento científico, apoyan la práctica basada en la evidencia (guías de práctica clínica), elaboran recomendaciones sobre la utilización de innovaciones (evaluación de tecnologías sanitarias), y potencian la creación, captación y transferencia del conocimiento.</i> <i>Sería deseable que estuvieran identificados cuáles son las sociedades científicas con las que colaborar en las líneas descritas anteriormente. Esta actuación no debiera tratarse de colaboraciones puntuales y esporádicas sino que debieran formar parte de una estrategia más amplia planificada por el CSES.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias de las actuaciones conjuntas con las sociedades científicas.</i> <i>Se presentan evidencias de las actuaciones desarrolladas conjuntamente con sociedades científicas.</i> <i>Se presentan evidencias de las actuaciones desarrolladas con sociedades científicas, de acuerdo a una planificación preestablecida, de forma sistemática.</i>				

Ejemplos	<i>Deben poderse mostrar evidencias (actas de reunión, publicaciones, reportes, etc.) de las actuaciones a desarrollar conjuntamente.</i> <i>Como ejemplo se puede citar la participación en la formación de los profesionales (técnicos, diplomados, especialistas- residentes, etc.), trabajos de investigación, publicaciones, colaboración en la elaboración de guías de práctica clínica, participación en programas específicos de acreditación, etc.</i>
-----------------	---

Descripción del estándar	<i>Se han desarrollado actuaciones conjuntas con asociaciones en el ámbito de las Ciencias de la Salud</i>	Código:	9.1.5	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>En coherencia con el estándar 9.1.2, sobre el desarrollo de actuaciones conjuntas con organizaciones sociales y ciudadanas con el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud, el CSES puede realizar así mismo actuaciones con asociaciones de ciudadanos con un objetivo común dentro del ámbito de las Ciencias de la Salud, lo que maximiza su valor añadido, colaborando en la formación y en la mejora de los procesos, y apoyando el desarrollo mutuo.</i> <i>Sería deseable que estuvieran identificadas cuáles son las asociaciones que, dentro del ámbito de las Ciencias de la Salud, mantienen actividad en la zona de influencia del CSES con las que colaborar en las líneas descritas anteriormente. Esta actuación no debiera tratarse de colaboraciones puntuales y esporádicas sino que debieran formar parte de una estrategia más amplia planificada por el CSES.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias de actuaciones conjuntas a desarrollar con asociaciones en el ámbito de las Ciencias de la Salud.</i> <i>Se presentan evidencias de actuaciones desarrolladas conjuntamente con asociaciones en el ámbito de las Ciencias de la Salud.</i> <i>Se presentan evidencias de las actuaciones desarrolladas con asociaciones en el ámbito de las Ciencias de la Salud, de acuerdo a una planificación preestablecida de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Deben poderse mostrar evidencias (actas de reunión, publicaciones, reportes, etc.) de las actuaciones a desarrollar conjuntamente para alcanzar unos resultados preestablecidos.</i> <i>Ejemplos de asociaciones: Asociación para la donación de médula ósea, Hermandad de donantes de sangre, Asociación para la lucha contra las enfermedades renales (ALCER).</i> <i>Ejemplos de actuaciones conjuntas: sede de dichas asociaciones, celebración de eventos en relación con determinadas enfermedades (como el día del Parkinson), celebración de actividades de promoción de la salud (como el día sin humo), charlas, coloquios, publicaciones en prensa, anuncios radiofónicos o televisivos para promocionar determinados hábitos saludables como el ejercicio o el</i>				

	<i>consumo de frutas y hortalizas, etc.</i>
--	---

Descripción del estándar	<i>Se han desarrollado actuaciones conjuntas con personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud</i>	Código:	9.1.6	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>En coherencia con el estándar 9.1.3 sobre el desarrollo de actuaciones conjuntas con colegios profesionales en el ámbito de las Ciencias de la Salud, y con el estándar 9.1.4 sobre el desarrollo de dichas actuaciones con sociedades científicas, la colaboración en algunos casos es a nivel personal, de manera que cuando se realiza determinada actuación, se puede requerir la presencia de un personaje de relevancia científica o pública, que podría impulsar de forma efectiva la transmisión de la información a la población de referencia.</i> <i>Esta actuación no debiera tratarse de colaboraciones puntuales y esporádicas, sino que debieran formar parte de una estrategia más amplia planificada por el CSES.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias de actuaciones conjuntas con personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud.</i> <i>Se presentan evidencias de actuaciones conjuntas con personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud.</i> <i>Se presentan evidencias de las actuaciones conjuntas con personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud, de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Deben poderse mostrar evidencias (actas de reunión, publicaciones, reportes, etc.) de las actuaciones a desarrollar conjuntamente.</i> <i>Por ejemplo, realización de estudios con la colaboración de expertos en la materia a investigar, publicaciones científicas en las que se encuentra la colaboración de personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud, seminarios, charlas, talleres, etc., impartidos por expertos en determinadas materias de interés para la población que recibe atención en nuestro ámbito de referencia.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se utiliza algún método para medir la percepción que tienen los ciudadanos sobre el CSES</i>	Código:	9.1.7	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>En este estándar se entiende la percepción del ciudadano como la imagen que estos tienen del CSES, formada en el trato con el mismo, o bien por el “boca a boca” entre clientes, o por los medios de comunicación. Así, mientras que para que un ciudadano diga si está satisfecho es necesario que haya experimentado, al menos una vez, cómo es ese servicio sanitario, la calidad percibida puede evaluarse sin esa experiencia previa.</i> <i>Se trata de conocer la idea que tienen los ciudadanos del nivel mínimo de calidad aceptable que esperan recibir y una estimación de lo que probablemente recibirán, estando por tanto muy relacionada con las expectativas sobre el CSES.</i> <i>Cuando se estudia la percepción se tienden a considerar factores como la tangibilidad, capacidad de respuesta, fiabilidad, seguridad y empatía.</i> <i>Para obtener información relativa a la percepción que tienen los ciudadanos del CSES, existen diversos métodos, entre los cuales figuran las encuestas, que es un método de análisis cuantitativo. Pero, además existen otros métodos, como por ejemplo, métodos de análisis cualitativo, amén de tener estructurada una sistemática que garantice que todas las opiniones manifestadas por los ciudadanos son capturadas y analizadas. Lo importante debe ser que se obtenga el máximo de información proveniente del ciudadano, independientemente del método empleado para ello.</i>				

Requisitos mínimos	<i>Deben existir registros que evidencien que la información sobre la percepción de los ciudadanos es identificada y debidamente registrada.</i> <i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No existen evidencias de la utilización de algún método para medir la percepción que tienen los ciudadanos sobre el CSES.</i> <i>• Existen evidencias de la utilización de algún método para medir la percepción que tienen los ciudadanos sobre el CSES.</i> <i>• Existen evidencias de la utilización sistemática de algún método para medir la percepción que tienen los ciudadanos sobre el CSES.</i>
Ejemplos	<i>Se puede obtener información sobre la percepción de los ciudadanos acerca del CSES, mediante encuestas, informes, reuniones públicas, reuniones con representantes sociales y autoridades locales, etc.</i>

Descripción del estándar	<i>La información obtenida sobre la percepción de los ciudadanos es utilizada para la mejora del CSES</i>	Código:	9.1.8	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Es importante determinar hasta qué punto el CSES ha organizado sus cuidados pensando en las necesidades y expectativas de los ciudadanos, obteniendo información con la que redefinir los procesos en caso de que sea necesario.</i> <i>Así, una vez averiguado qué necesita y espera el cliente potencial, el siguiente paso sería, sobre la base de esta idea, establecer cómo prestar el servicio. A continuación se evalúa si se están alcanzando los objetivos propuestos y se identifican las áreas de mejora sobre las que actuar. Sería necesario realizar esta evaluación periódicamente para ver cómo se presta el servicio teniendo en cuenta qué necesitan o esperan los clientes.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No existen evidencias de utilizar la información obtenida de la percepción que tienen los ciudadanos del CSES.</i> <i>Se presentan evidencias de haberse utilizado la información obtenida de la percepción que tienen los ciudadanos del CSES.</i> <i>Se presentan evidencias de que la información obtenida de la percepción que tienen los ciudadanos del CSES es utilizada de forma sistemática para la mejora del mismo.</i>				
Ejemplos	<i>Existencia de actas de reuniones, informes técnicos, reportes a la dirección, etc., donde se puedan objetivar los cambios efectuados en los procesos a consecuencia de la información obtenida sobre la percepción de la ciudadanía acerca del CSES.</i>				

Descripción del estándar	Se han desarrollado actividades encaminadas a disminuir el impacto ambiental de la actividad sanitaria	Código:	9.1.9.	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Este estándar está en coherencia con el estándar 1.2.8 sobre la implicación del equipo directivo en actividades de mejora del medio ambiente, con el 4.3.35 al 4.3.41 sobre gestión de residuos peligrosos, cuya gestión está sujeta a requerimientos especiales, tanto dentro del centro como fuera, como son los citostáticos, sustancias químicas, aceites minerales, reactivos, residuos radiactivos, etc. estando sujeto a lo dispuesto en el Decreto Autonómico 141/1998, de 1 de diciembre, por el que se dictan normas de gestión, tratamiento y eliminación de los residuos sanitarios y biocontaminados. Este estándar pretende que el CSES sea considerado en su entorno social en el que desarrolla sus actividades, por el respeto y el cuidado del medio ambiente, por lo tanto deberá exceder el marco legal mínimo en el que opera la organización y mejorar continuamente las actividades y los resultados ambientales.				
Requisitos mínimos	Se deben realizar actuaciones concretas para disminuir el impacto ambiental de la actividad desarrollada por el CSES (como disminución en la generación de residuos y consumo de recursos naturales) y estas actuaciones deben arrojar resultados positivos para el medio ambiente. Para ello deben establecerse indicadores que puedan estar recogidos en el cuadro de mandos del CSES o bien ser tratados de manera independiente. Las actuaciones pueden ser desarrolladas por el propio CSES o ser subcontratadas por el mismo.				
Ejemplos	Por ejemplo, actuaciones para la reducción de emisiones (ruidos, humos), o actividades para preservar y mantener los recursos naturales (reducir el consumo de agua, papel, gestión de residuos, uso de materiales reciclados, etc.). Pueden ser objetivos del CSES: - Utilizar de manera eficiente los recursos naturales y la energía. - Inclusión de criterios ambientales en las operaciones de compra. - Realizar una gestión sistemática de los residuos, reciclando y reutilizando siempre que sea posible.				

	- Reducir al mínimo las emisiones contaminantes.
--	--

Descripción del estándar	<i>Se participa en publicaciones locales</i>	Código:	9.1.10.	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>A los distintos niveles que proceda, y siempre en el ámbito local (no científico, que es tratado independientemente), el CSES como parte de la sociedad a la que pertenece, debiera fomentar la participación de su personal en las publicaciones del entorno como un modo más de involucración en su zona de influencia.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No se presentan evidencias de la participación del personal del CSES en publicaciones locales.</i> <i>• Se presentan evidencias de la participación esporádica del personal del CSES en publicaciones locales.</i> <i>• Se presentan evidencias de la participación asidua y sistemática del personal del CSES en publicaciones locales.</i>				
Ejemplos	<i>Deben poderse mostrar publicaciones en las que el personal haya participado, bien con artículos, dibujos o cualquier tipo de colaboración. Puede tratarse de personal que colabora en dichas publicaciones o bien de participaciones puntuales de personas, pero de manera que se asegure una presencia continuada del CSES en las publicaciones locales. Participaciones en prensa, radio, televisión, revistas, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>El CSES convoca premios en su entorno</i>	Código:	9.1.11.	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una forma de involucración con el resto de la sociedad es la realización de convocatorias de distintos tipos de premios en su entorno. Estos premios pueden ser convocados conjuntamente con otras organizaciones o bien de manera independiente, y pueden estar dirigidos al público en general o a un colectivo específico.</i> <i>Sería deseable que en la convocatoria de estos premios estuviesen presentes los valores básicos del CSES (premio fotografía derechos de los niños, p. ej.).</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se presentan evidencias de la convocatoria de premios.</i> <i>Se presentan evidencias de la convocatoria de premios.</i> <i>Se presentan evidencias de la convocatoria de premios de forma sistemática.</i>				
Ejemplos	<i>Se convocan premios de literatura, prensa, fotografía, dibujos, etc.</i> <i>Objetivación de los premios a los que alude el estándar.</i> <i>Existencia de publicación de convocatorias de este tipo de concurso.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se recogen y ubican dentro del CSES asociaciones de ayuda humanitaria u ONG's</i>	Código:	9.1.12.	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>En la medida que sea posible se debiera facilitar la presencia de asociaciones de ayuda humanitaria en las instalaciones del propio CSES como una medida de apoyo a la labor que dichas instituciones están llevando a cabo. Esta presencia en el CSES puede ser a tiempo parcial, pudiendo habilitar el centro las zonas adecuadas a cada organización de acuerdo a unas necesidades previamente analizadas y establecidas. Deberían notificarse a usuarios y clientes en general los acuerdos adoptados (horario de presencia, ubicación, funciones, etc.) para así facilitar aún más dicha labor.</i> <i>Este estándar es eximible para los servicios sanitarios, que estructuralmente dependen de centros con internamiento, donde sí podrían estar ubicadas las asociaciones a las que se hace referencia en este estándar.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se evidencia la presencia de asociaciones de ayuda humanitaria y/o ONG's en el CSES.</i> <i>Se evidencia la presencia temporalmente de asociaciones de ayuda humanitaria y/o ONG's en el CSES, pero no se contempla el CSES como sede de las mismas.</i> <i>Se evidencia la presencia estable de una o varias asociaciones de ayuda humanitaria y/o ONG's en el CSES.</i>				
Ejemplos	<i>Objetivación de la ubicación de asociaciones de ayuda humanitaria u ONG's dentro del CSES, así como la tendencia cuantitativa y temporal de las mismas.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se participa en centros educativos</i>	Código:	9.1.13.	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Este estándar deriva de las actuaciones conjuntas desarrolladas con organizaciones sociales y ciudadanas (estándar 9.1.2).</i> <i>Teniendo siempre presente el concepto básico de involucración en su entorno de influencia, deberían identificarse y programarse aquellas actuaciones con los colectivos adecuados para poder actuar sobre la salud de la población de manera preventiva, fomentando y potenciando hábitos y conductas que redunden en una mejora de salud.</i> <i>Sería deseable que estuvieran identificados cuáles son los centros educativos con los que poder colaborar en las líneas descritas anteriormente. Esta actuación no debiera tratarse de colaboraciones puntuales y esporádicas sino que debieran formar parte de una estrategia más amplia planificada por el CSES, independientemente de las actividades asistenciales incluidas en el desarrollo del Plan de Salud Escolar.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias de la participación en centros educativos.</i> <i>Se presentan evidencias de la participación en centros educativos.</i> <i>Se presentan evidencias de la participación sistemática en centros educativos.</i>				
Ejemplos	<i>Por ejemplo, actividades desarrolladas en cuanto a educación y formación, como charlas coloquios, difusión de material educativo en cuanto a promoción de la salud y prevención de la enfermedad (en colegios, IES, academias, etc.).</i>				

Descripción del estándar	<i>Se interactúa con los representantes de las asociaciones de pacientes y usuarios</i>	Código:	9.1.14	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Debería existir un diálogo abierto y fluido con los representantes de las asociaciones de pacientes y usuarios para la obtención del máximo de información de dichos colectivos, lo que debe repercutir en una mejora del servicio prestado.</i> <i>La información obtenida, que debe ser en ambos sentidos, debería ser conocida por la dirección del CSES, al tiempo que ésta deba estar involucrada pertinentemente, siempre en función del nivel de interlocución.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias de la interacción con representantes de las asociaciones de pacientes y usuarios.</i> <i>Se presentan evidencias de la interacción con representantes de las asociaciones de pacientes y usuarios.</i> <i>Se presentan evidencias de la interacción sistemática con representantes de las asociaciones de pacientes y usuarios.</i>				
Ejemplos	<i>Por ejemplo, se interactúa con los representantes de las asociaciones de consumidores y usuarios, o con las asociaciones de enfermos de diabetes, asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer, Asociación Oncológica Extremeña, etc. Ello se puede constatar mediante la comprobación de la existencia de dicha interacción, como correo fluido entre el CSES y los representantes de asociaciones de pacientes y usuarios.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se dispone de premios y felicitaciones otorgados por entidades de su entorno</i>	Código:	9.1.15	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una prueba evidente de la buena gestión de los CSES la constituye el conjunto de reconocimientos de los que disponga el mismo. Estos reconocimientos pueden ser de tan distinta índole y alcance que deben ser valorados de manera cualitativa.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se dispone de reconocimientos externos.</i> <i>Se dispone de reconocimientos externos de forma aislada y de diversa índole en un mismo campo.</i> <i>Se dispone de numerosos reconocimientos de diversa índole en distintos campos.</i>				
Ejemplos	<i>Objetivar los premios otorgados al CSES por entidades de su entorno.</i> <i>Premios como la Medalla de Extremadura, premios de ayuntamientos, diputaciones, asociaciones, periódicos, radio, televisión, etc.</i> <i>El equipo evaluador debe valorar el conjunto de reconocimientos disponibles por el CSES en su contexto, teniendo en cuenta:</i> <i>- el alcance de los reconocimientos (muchos servicios vs algún servicio).</i> <i>- el valor del reconocedor (asociaciones científicas relevantes, p.ej.).</i> <i>- la tendencia (algún año vs felicitaciones de numerosos años).</i> <i>- etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se ha elaborado material gráfico para contribuir a la educación sanitaria de los ciudadanos</i>	Código:	9.1.16	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>El CSES puede elaborar material educativo sobre la salud, bien directamente, o bien en alianza con otras instituciones, para contribuir a que los ciudadanos tomen parte activa en la prevención de enfermedades y adquisición de hábitos saludables.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se presentan evidencias de la edición de material gráfico encaminado a contribuir a la educación sanitaria de los ciudadanos.</i> <i>Se presentan evidencias de la edición de material gráfico encaminado a contribuir a la educación sanitaria de los ciudadanos.</i> <i>Se presentan numerosas evidencias de la edición de material gráfico encaminado a contribuir a la educación sanitaria de los ciudadanos.</i>				
Ejemplos	<i>Por ejemplo, dietas (para diabéticos, dislipémicos, obesos, etc), folletos explicativos de los efectos nocivos del tabaco o el alcohol, revistas sobre consejos sanitarios para el verano, o para alérgicos, videos sobre cuidados para la salud en salas de espera, etc.</i> <i>En el caso de los CSES del SSPE, el cumplimiento de este estándar puede ser indirecto, dándose el caso de que dispongan del material gráfico citado, editado por los Servicios Centrales del SES, la Consejería de Sanidad, o las propias Gerencias de Área.</i> <i>Se pueden realizar entrevistas a los usuarios del CSES acerca de la facilitación de material gráfico por parte del personal, para contribuir a su educación sanitaria.</i>				

Descripción del estándar	<i>Los distintos documentos emitidos al exterior están adaptados a los ciudadanos con discapacidad</i>	Código:	9.1.17	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Es una característica de calidad de la atención sanitaria, el saber adaptarse a las circunstancias de cada ciudadano, y dado que los documentos que se emiten son para la información de pacientes y demás usuarios, y en muchas ocasiones contribuyen a su educación desde el punto de vista sanitario, sería deseable que pudieran ser utilizados por el mayor número de destinatarios posible.</i> <i>Debiera tenerse en cuenta aquellos ciudadanos que presenten algún tipo de discapacidad, especialmente sensorial, a la hora de la elaboración de documentos del CSES de los que ellos pueden ser destinatarios. Su edición debiera ser adecuada para que dichas personas pudieran tener acceso a estos documentos.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se presentan evidencias de la edición de documentos adaptados a las personas con discapacidad.</i> <i>Se presentan evidencias de la edición de algún documento adaptado a las personas con discapacidad.</i> <i>La mayoría de documentos emitidos al exterior están adaptados a las personas con discapacidad.</i>				
Ejemplos	<i>Edición en braille, o edición audio- libros.</i>				

Categoría 10: RESULTADOS CLAVE

Definición

Qué logros se están alcanzando con relación a los objetivos clave planificados de la organización sanitaria y a la satisfacción de las necesidades y expectativas de todos aquellos que tengan intereses, económicos o de otro tipo, en la organización.

Propósito

Esta categoría pretende orientar la gestión de los CSES hacia la consecución de los resultados específicos asociados con la actividad fundamental que realizan, tanto desde el punto de vista de los resultados obtenidos en su faceta asistencial, como en aquella de gestión económico financiera, de manera que éstos sean consecuencia de la estrategia desarrollada. En el caso de los CSES del SSPE, al tratarse de gestión pública, esta debe incorporar criterios de eficacia y eficiencia a sus principios de gestión, por lo que debe ser exigible no solamente la realización de un conjunto de actividades sino, además, la obtención de unos resultados consecuentes y congruentes con dicha gestión, más notorio aún por tratarse de fondos públicos.

Al igual que en el resto de las categorías de resultados, se han establecido estándares para valorar la captación de información, su revisión y análisis, el establecimiento de objetivos para ellas, su comparación con otros CSES equiparables y la adopción de acciones en consecuencia.

10.1 Resultados asistenciales

Descripción del estándar	Se dispone de un sistema de monitorización de los resultados asistenciales	Código:	10.1.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Los resultados clave se refieren a los logros que está alcanzando la organización con relación al rendimiento planificado, y que la organización ha identificado como esenciales, pudiéndose medir para su éxito, tanto a corto como a largo plazo. Los resultados de la organización son medidas de la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios y la consecución de metas y objetivos, incluyendo aquellos que son señalados desde la Administración Pública. El comienzo de una gestión basada en hechos, debe ser la identificación de aquellos parámetros relevantes de la actividad asistencial que aporten información sobre la marcha de la misma. Sobre dichos parámetros debieran establecerse los indicadores adecuados para su seguimiento y supervisión. Debe existir un cuadro de mando en el que, en mayor o menor medida, se disponga de una visión de los principales indicadores que aporten información sobre la evolución de los resultados asistenciales. Estos indicadores son medidas operativas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar los resultados clave del rendimiento de la misma. El nivel de monitorización no está prefijado, recayendo el énfasis en la información más que en el modo de medirlo (a través de soporte informático o no).				
Requisitos mínimos	Debe existir un cuadro de indicadores con los valores obtenidos de las principales características que el CSES haya decidido medir.				

Ejemplos	Como ejemplos de indicadores podríamos citar, en consulta de enfermería: % de primeras visitas espontáneas / total primeras; % de primeras visitas derivadas / total primeras; % de consultas sucesivas / total de visitas; primeras visitas a terminales / total de visitas; primeras visitas a crónicos / total visitas; % de visitas con plan de cuidados; continuidad de cuidados -nº y desviación respecto a la media-. Se trata de evidenciar que la dirección dispone de un sistema de monitorización de estos indicadores, bien a través de la comprobación del cuadro de mandos, o actas de reunión, informes técnicos, reportes a la dirección, etc. Se pueden realizar entrevistas a la dirección.
-----------------	--

Descripción del estándar	El sistema de monitorización incluye todos los indicadores asistenciales establecidos en el contrato de gestión o similar	Código:	10.1.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Cada CSES debe decidir cuáles son los parámetros relevantes de su actividad asistencial, y en el cuadro de indicadores se debe poder comprobar aquellos indicadores asistenciales establecidos en el contrato de gestión o similar (y exigibles al CSES por tanto).				
Requisitos mínimos	Que el CSES haya incluido en el sistema de monitorización todos los indicadores asistenciales establecidos en el contrato de gestión o similar.				
Ejemplos	Por ejemplo, oferta preferente según contrato de gestión donde los indicadores pueden hacer referencia a: hipertensión, hipercolesterolemia, cáncer, SIDA, salud mental, diabetes, etc. Se podría comprobar el cumplimiento de este estándar mediante actas de reunión en las que se informa de las condiciones del contrato de gestión o documento similar.				

Descripción del estándar	<i>El sistema de monitorización incluye indicadores asistenciales adicionales a los establecidos en el contrato de gestión o similar</i>	Código:	10.1.3	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una vez establecido el nivel mínimo de la información que debe aportar el cuadro de indicadores, basado en el contrato de gestión o similar, cada CSES debiera reflexionar sobre cuáles son los parámetros claves de su actividad asistencial e incorporarlos en su cuadro de mando para realizar un seguimiento de todos los indicadores de las distintas actividades asistenciales llevadas a cabo en el CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No están definidos indicadores distintos a los exigidos en el contrato de gestión o similar.</i> <i>Están definidos indicadores distintos a los exigidos en el contrato de gestión o similar.</i> <i>Están definidos indicadores distintos a los exigidos en el contrato de gestión y se realiza un seguimiento periódico de la información obtenida.</i>				
Ejemplos	<i>Ejemplos de indicadores asistenciales adicionales: gestión de visitas, minutos / visita. Se puede comprobar el cuadro de mando establecido por la dirección y constatar la existencia de dichos indicadores.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se dispone de indicadores que aporten información sobre el uso excesivo y la infrautilización de los servicios sanitarios prestados</i>	Código:	10.1.4	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una vez establecido el nivel mínimo de la información que debe aportar el cuadro de indicadores, cada CSES debiera reflexionar sobre cuáles son los parámetros claves de su actividad asistencial.</i> <i>Los criterios de eficacia y eficiencia deben estar presentes en todas las decisiones de gestión y aunque se trate de CSES de asistencia sanitaria, estos conceptos deben estar incorporados, en su justa medida, dentro de las variables a controlar a través de los indicadores, más aún cuando se trate de CSES que gestionan fondos públicos.</i> <i>Por todo ello, sería recomendable que en el cuadro de indicadores estuviesen definidos aquellos indicadores que aportaran visión de los niveles de utilización de los servicios y que éstos mostraran valores de utilización próximos a la capacidad disponible, de manera que no existiera ni un uso excesivo ni una infrautilización.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No están definidos los indicadores asociados al uso de los servicios.</i> <i>Están establecidos los indicadores asociados al uso de los servicios.</i> <i>Están establecidos los indicadores asociados al uso de los servicios y los resultados obtenidos evidencian valores próximos a la óptima utilización.</i>				
Ejemplos	<i>Como ejemplo de estos indicadores podemos citar los relacionados con las derivaciones al nivel especializado y a pruebas complementarias (por ejemplo, derivaciones/1000 TIS por especialidad, % derivaciones realizadas respecto a las pactadas por especialidad, pruebas complementarias solicitadas/1000 TIS).</i> <i>Para constatar que los valores se aproximan a la óptima utilización de servicios sanitarios, se puede comprobar documentalmente a través de informes técnicos, actas de reunión, o reportes a la dirección.</i>				

Descripción del estándar	Están establecidos objetivos para todos los indicadores asistenciales del sistema de monitorización	Código:	10.1.5	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La definición del cuadro de indicadores constituye, el punto de partida de la gestión basada en hechos, pero por sí sólo, este conjunto de indicadores no aporta información suficiente si no es comparada con valores de referencia. El énfasis debe recaer en la información y no el modo de hacerlo, por lo que cualquier modo de seguimiento puede ser útil y válido, siempre que aporte la información requerida. Para poder analizar información en su justa medida, debieran estar establecidos cuáles son los valores objetivo para cada indicador, pudiendo valorar de este modo si los resultados obtenidos están alcanzado los valores planificados inicialmente. El soporte de la información pudiera ser: software específico, hojas de cálculo o reportes varios.				
Requisitos mínimos	Establecimiento de objetivos para todos los indicadores asistenciales, que deberán estar alineados con la planificación estratégica.				
Ejemplos	Como ejemplo de objetivos para indicadores asistenciales podrían ser, la realización de determinado número de ecografías en un periodo (fijado dicho nº en relación a periodos anteriores, y a los objetivos que se desean conseguir, como aumentar o disminuir dicha cifra). La comprobación de este estándar sería a través de actas de reunión en las que se abordase específicamente el tema de los indicadores de resultado de actividad asistencial, informes técnicos o reportes a la dirección. Se puede realizar entrevistas a la dirección.				

Descripción del estándar	<i>Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales establecidos al sistema de monitorización</i>	Código:	10.1.6	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>De nada sirve disponer de datos si no se analiza la información que aportan.</i> <i>Debieran existir evidencias de que los datos son periódicamente revisados en los foros adecuados para interpretar su valor y en qué medida se han alcanzado los resultados planificados (nivel de consecución del objetivo) y, cuando proceda, establecer las acciones que se consideren oportunas. Estos procesos de revisión debieran estar sistematizados, de manera que se pudiera comprobar que su análisis es práctica habitual del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No se presentan evidencias del análisis del grado de cumplimiento de los objetivos preestablecidos para los indicadores asistenciales.</i> <i>• Se presentan evidencias del análisis del grado de cumplimiento de los objetivos preestablecidos para los indicadores asistenciales.</i> <i>• Se presentan evidencias del análisis periódico y sistemático del grado de cumplimiento de los objetivos preestablecidos para los indicadores, y de la realización de acciones derivadas de dicho análisis.</i>				
Ejemplos	<i>Estas evidencias se pueden presentar en forma de actas de reunión, herramientas informáticas de seguimiento de indicadores, reportes de información, etc.</i> <i>Entrevistas a la dirección.</i>				

Descripción del estándar	<i>Existe un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores asistenciales del sistema de monitorización</i>	Código:	10.1.7	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>De nada sirve disponer de datos si no se analiza la información que aportan los mismos.</i> <i>Debieran existir evidencias de que los datos son periódicamente revisados en los foros adecuados para interpretar su valor y su tendencia y, cuando proceda, establecer las acciones que se consideren oportunas. Estos procesos de revisión debieran estar sistematizados, de manera que se pueda comprobar que su análisis es práctica habitual del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No existe un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores asistenciales del sistema de monitorización.</i> <i>Existen evidencias del análisis de las tendencias mostradas por los indicadores asistenciales del sistema de monitorización.</i> <i>Existen evidencias del análisis sistemático de las tendencias mostradas por los indicadores asistenciales del sistema de monitorización.</i>				
Ejemplos	<i>Estas evidencias se pueden presentar en forma de actas de reunión, herramientas informáticas de seguimiento de indicadores, reportes de información, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Los indicadores asistenciales del sistema de monitorización muestran tendencias positivas</i>	Código:	10.1.8	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para poder analizar la información en su justa medida es importante conocer los valores obtenidos por ese mismo indicador en períodos anteriores con el fin de entender su comportamiento. Especialmente cuando se han establecido acciones que puedan influir sobre su evolución, es necesario conocer las tendencias, por lo que la información obtenida debe valorarse junto a los resultados históricos (según proceda).</i> <i>El énfasis debe recaer en la información y no el modo de hacerlo, por lo que cualquier modo de seguimiento puede ser útil y válido (software específico, hojas de cálculo o reportes varios).</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>Los indicadores asistenciales no muestran tendencias positivas.</i> <i>Los indicadores asistenciales establecidos muestran tendencias positivas en más del 50% de los casos.</i> <i>Los indicadores asistenciales establecidos muestran tendencias positivas en más del 80% de los casos.</i>				
Ejemplos	<i>Se puede comprobar este estándar a través de informes técnicos sobre la evolución de los indicadores asistenciales, reportes de la dirección, etc.</i> <i>Entrevistas a la dirección.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se realizan comparaciones / análisis de los resultados asistenciales obtenidos con otras organizaciones similares</i>	Código:	10.1.9	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Para poder analizar información en su justa medida es importante conocer los valores obtenidos en ese mismo indicador en organizaciones similares para poder analizar determinados valores o aprovechar experiencias positivas.</i> <i>No siempre es fácil encontrar organizaciones con actividades o indicadores similares, no obstante muchas veces, si se conocen los puntos de convergencia o divergencia, es posible hacer una comparativa incorporando estos aspectos en el análisis.</i> <i>El énfasis debe recaer en la información y no el modo de hacerlo, por lo que cualquier modo de seguimiento puede ser útil y válido (software específico, hojas de cálculo o reportes varios).</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No se realizan comparaciones con otras organizaciones en cuanto a resultados asistenciales.</i> <i>• Se realizan comparaciones con otras organizaciones en cuanto a resultados asistenciales.</i> <i>• Se muestran evidencias de haber realizado comparaciones sistemáticas con otras organizaciones sobre resultados asistenciales.</i>				
Ejemplos	<i>Dentro del sector sanitario existen muchos valores publicados (asociaciones científicas, publicaciones, universidades, etc).</i>				

10.2 Resultados No asistenciales

Descripción del estándar	Se realiza un seguimiento periódico del grado de cumplimiento del presupuesto del CSES	Código:	10.2.1	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Uno de los parámetros fundamentales a valorar en la gestión de los CSES es el cumplimiento del presupuesto que tenía asignado, tanto en sentido positivo como negativo, por lo que debe ejercerse un seguimiento adecuado a su nivel de cumplimiento y consecución.				
Requisitos mínimos	Deben presentarse evidencias del seguimiento periódico del nivel de cumplimiento del presupuesto.				
Ejemplos	Realización de acciones planificadas, efectividad de las acciones llevadas a cabo, etc. Se puede evidenciar su seguimiento a través de actas de reunión de la dirección, informes técnicos, reportes a la dirección, etc.				

Descripción del estándar	Se realiza un seguimiento de las desviaciones presupuestarias y se establecen acciones correctoras	Código:	10.2.2	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Como consecuencia del lógico seguimiento al que debe ser sometida la partida presupuestaria asignada, deben establecerse las acciones correctivas y preventivas adecuadas a la magnitud de las causas que hayan generado las desviaciones presupuestarias, en el caso de producirse. Se tendrán en cuenta las desviaciones existentes en relación con las previsiones, la media y los resultados de los CSES de características similares, según el área / comarca o nivel asistencial que se considere.				
Requisitos mínimos	Para el establecimiento de dichas acciones pueden y deben utilizarse las herramientas y foros de gestión con los que cuente cada CSES, pero debieran registrarse las acciones tomadas, así como el análisis de su efectividad, de manera que se pueda comprobar que, durante los siguientes períodos las acciones adoptadas han corregido las desviaciones detectadas y restaurado los niveles planificados.				
Ejemplos	Este seguimiento se puede realizar a través de la comparación entre los resultados obtenidos y las cláusulas establecidas en el contrato de gestión o similares. Evidencias documentales: actas de reunión, informes técnicos, reportes a la dirección. Entrevistas a la dirección.				

Descripción del estándar	Se dispone de un cuadro de mando donde están identificados los indicadores de gestión	Código:	10.2.3	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	El comienzo de una gestión basada en hechos debe ser la identificación de aquellos parámetros relevantes de la actividad realizada por el CSES que aporten información sobre el estado de la operativa. En base a dichos parámetros debieran establecerse los indicadores adecuados para su seguimiento y supervisión. Debe existir un cuadro de mando que, en mayor o menor medida, ofrezca una visión de los principales indicadores que aporten información sobre la evolución de los procesos no asistenciales. El nivel de monitorización no está prefijado, recayendo el énfasis en la información más que en el modo de medirlo (informáticamente o no).				
Requisitos mínimos	Debe poderse presentar un cuadro de indicadores con los valores obtenidos de las principales características que el CSES haya decidido medir.				
Ejemplos	Como indicadores de gestión podemos citar, por ejemplo, la cuenta de resultados, el coste real asistencial / TISp (tarjeta individual sanitaria ponderada, es decir, ajustada por edad y sexo), coste por derivaciones al nivel especializado, coste real asistencial / consulta (derivaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares), coste laboratorio / TISp, coste radiología / TISp, coste total de farmacia / TISp, coste medio por envase (farmacia), costes VINES-UTB / total gasto (VINES-UTB se refiere a los fármacos considerados de eficacia dudosa; VINE = fármacos de Valor Intrínseco NO Elevado; UTB = fármacos de Utilidad Terapéutica Baja), coste VINES-UTB / TISp, ingresos como facturación a terceros / TISp, costes de no calidad (urgencias inadecuadamente derivadas al ámbito hospitalario), costes por traslados (ambulancias, etc), costes de personas (sustituciones, etc). Para comprobar el cumplimiento de este estándar se puede pedir a la dirección que facilite el cuadro de mando con los indicadores de gestión.				

Descripción del estándar	El cuadro de mando incluye todos los indicadores no asistenciales establecidos en el contrato de gestión o similar	Código:	10.2.4	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	Aunque cada CSES debe decidir cuáles son los parámetros relevantes de su actividad no asistencial que debe estar sometida a seguimiento y revisión, al menos en el cuadro de indicadores se debe poder vigilar aquellos indicadores no asistenciales establecidos en el contrato de gestión o similar (y exigibles al CSES por tanto).				
Requisitos mínimos	El cuadro de mando del CSES contempla todos los indicadores no asistenciales establecidos en el contrato de gestión o similar.				
Ejemplos	Informes técnicos, actas de reunión de la dirección o reportes a la misma, acerca del contenido del cuadro de mando y su concordancia con lo establecido en el contrato de gestión o similar.				

Descripción del estándar	<i>El cuadro de mando incluye indicadores no asistenciales adicionales a los establecidos en el contrato de gestión o similar</i>	Código:	10.2.5	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>Una vez establecido el nivel mínimo de la información que debe aportar el cuadro de indicadores, cada CSES debiera reflexionar sobre cuáles son los parámetros claves de su actividad e incorporar en el cuadro de mando los indicadores de los procesos no asistenciales, para realizar un seguimiento de todos los indicadores de las distintas actividades no asistenciales llevadas a cabo en el CSES, más allá de lo establecido en el contrato de gestión o similar.</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No están definidos indicadores distintos a los exigidos en el contrato de gestión.</i> <i>Están definidos indicadores distintos a los exigidos en el contrato de gestión.</i> <i>Están definidos indicadores distintos a los exigidos en el contrato de gestión y se realiza un seguimiento periódico de la información obtenida.</i>				
Ejemplos	<i>Objetivar en el cuadro de mando la existencia de indicadores distintos a los establecidos en el contrato de gestión, como horas de formación, evaluación interna, etc., siempre que se cumplan los establecidos en el mismo.</i> <i>Se pueden analizar informes técnicos, actas de reunión, reportes a la dirección.</i> <i>Se pueden realizar entrevistas a la dirección.</i>				

Descripción del estándar	Están establecidos objetivos para todos los indicadores no asistenciales del cuadro de mando	Código:	10.2.6	Tipo:	O
Principios básicos del estándar	La definición del cuadro de indicadores constituye, como ya se ha comentado, el punto de partida de la gestión basada en hechos, pero por sí sólo, este conjunto de indicadores no aporta información suficiente si no es comparada. Para poder analizar información en su justa medida debieran estar establecidos cuáles son los valores objetivo para cada indicador con el fin de analizar si los resultados obtenidos están alcanzando los valores planificados inicialmente. El énfasis debe recaer en la información y no el modo de hacerlo, por lo que cualquier modo de seguimiento puede ser útil y válido (software específico, hojas de cálculo o reportes varios).				
Requisitos mínimos	Debe existir un documento que refleje que están establecidos objetivos para todos los indicadores no asistenciales.				
Ejemplos	El establecimiento de objetivos para los diferentes indicadores se puede constatar a través de actas de reunión, reportes a la dirección, etc. Entrevistas a la dirección.				

Descripción del estándar	<i>Existe un análisis del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en el cuadro de mando</i>	Código:	10.2.7	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>De nada sirve disponer de datos si no se analiza la información que aportan.</i> <i>Debieran existir evidencias de que los datos son periódicamente revisados en los foros adecuados para interpretar su valor y en qué medida se han alcanzado los resultados planificados (nivel de consecución del objetivo) y, cuando proceda, establecer las acciones que se consideren oportunas. Estos procesos de revisión debieran estar sistematizados, de manera que se pueda comprobar que su análisis es práctica habitual del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No se presentan evidencias del análisis del grado de cumplimiento de los objetivos preestablecidos para los indicadores no asistenciales.</i> <i>• Se presentan evidencias del análisis del grado de cumplimiento de los objetivos preestablecidos para los indicadores no asistenciales.</i> <i>• Se presentan evidencias del análisis periódico y sistemático del grado de cumplimiento de los objetivos preestablecidos para los indicadores no asistenciales y de la realización de acciones derivadas de dicho análisis.</i>				
Ejemplos	<i>Estas evidencias se pueden presentar en forma de actas de reunión, herramientas informáticas de seguimiento de indicadores, reportes de información, etc.</i> <i>Entrevistas a la dirección.</i>				

Descripción del estándar	<i>Existe un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores del cuadro de mando</i>	Código:	10.2.8	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>De nada sirve disponer de datos si no se analiza la información que aportan.</i> <i>Debieran existir evidencias de que los datos son periódicamente revisados en los foros adecuados para interpretar su valor y su tendencia y, cuando proceda, establecer las acciones que se consideren oportunas. Estos procesos de revisión debieran estar sistematizados, de manera que se pueda comprobar que su análisis es práctica habitual del CSES.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>• No existe un análisis de las tendencias mostradas por los indicadores del sistema de monitorización.</i> <i>• Existen evidencias del análisis de las tendencias mostradas por los indicadores del sistema de monitorización.</i> <i>• Existen evidencias del análisis sistemático de las tendencias mostradas por los indicadores del sistema de monitorización</i>				
Ejemplos	<i>Estas evidencias se pueden presentar en forma de actas de reunión, herramientas informáticas de seguimiento de indicadores, reportes de información, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Los indicadores del cuadro de mando muestran tendencias positivas</i>	Código:	10.2.9	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La mejor evidencia de una buena gestión es que los indicadores arrojen datos positivos de una manera sostenida. Más que encontrar resultados positivos puntuales, se trata de detectar que esos resultados se mantienen o tienden a la mejora.</i>				
Requisitos mínimos	<i>ESCALA DE PONDERACIÓN:</i> <i>No se han realizado comparaciones con los datos obtenidos en otros períodos o no se dispone de datos de otros períodos (en cuanto a indicadores no asistenciales).</i> <i>Los indicadores no asistenciales establecidos muestran tendencias positivas en más del 50% de los casos.</i> <i>Los indicadores no asistenciales establecidos muestran tendencias positivas en más del 80% de los casos.</i>				
Ejemplos	<i>Estas evidencias se pueden presentar en forma de actas de reunión, herramientas informáticas de seguimiento de indicadores, reportes de información, etc.</i>				

Descripción del estándar	<i>Se realizan comparaciones / análisis de los resultados obtenidos con otras organizaciones similares</i>	Código:	10.2.10	Tipo:	R
Principios básicos del estándar	<i>La definición del cuadro de indicadores constituye, como ya se ha comentado, el punto de partida de la gestión basada en hechos, pero por sí sólo, este conjunto de indicadores no aporta información suficiente si no es comparada.</i> <i>Para poder analizar la información en su justa medida es importante conocer los valores obtenidos para ese mismo indicador en organizaciones similares con el fin de aprovechar experiencias positivas y poder compararnos.</i> <i>No siempre es fácil encontrar organizaciones con actividades o indicadores similares, no obstante muchas veces, si se conocen los puntos de convergencia o divergencia, es posible hacer una comparativa incorporando estos aspectos en el análisis.</i> <i>El énfasis debe recaer en la información y no el modo de hacerlo, por lo que cualquier soporte utilizado para el seguimiento puede ser útil y válido (software específico, hojas de cálculo o reportes varios).</i>				
Requisitos mínimos	ESCALA DE PONDERACIÓN: <i>No se realizan comparaciones con otras organizaciones en cuanto a resultados no asistenciales.</i> <i>Se realizan comparaciones con otras organizaciones en cuanto a resultados no asistenciales.</i> <i>Se muestran evidencias de la realización de comparaciones sistemáticas con otras organizaciones sobre resultados no asistenciales.</i>				
Ejemplos	<i>Dentro del sector sanitario existen muchos valores publicados (asociaciones científicas, publicaciones, universidades, etc.).</i>				

Anexo 1: Índice de abreviaturas y Glosario de términos

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AE: Atención Especializada.

AP: Atención Primaria.

CAE: Comunidad Autónoma de Extremadura.

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.

CSES: Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

DG: Dirección General.

DG del SES: Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud.

DGGCCS: Dirección General de Gestión del Conocimiento y
Calidad Sanitarias.

DGPOCS: Dirección General de Planificación, Ordenación y
Coordinación Sanitarias.

EFQM: Anagrama de European Foundation for Quality
Management.

ES: Evaluación Sanitaria.

I+DT+I: Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación.

PDCA: Ciclo de mejora continua.

RECESS: Registro de Centros, Establecimientos y Servicios
Sanitarios.

RRHH: Recursos Humanos.

SAU: Servicio de Atención al Usuario.

SES: Servicio Extremeño de Salud.

SG: Secretaría General.

SI: Sistemas de Información.

Manual de Autoevaluación de CSES Ed. 2

Glosario de Términos

Accesibilidad: Facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos, culturales y emocionales. Es la posibilidad de que un consumidor obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar donde los necesita, en suficiente cantidad.

Accesibilidad Global: Es la cualidad que tienen o se confiere a los entornos, con el fin de hacerlos adecuados a las capacidades, necesidades y expectativas de todos sus potenciales usuarios, independientemente de su edad, sexo, origen cultural o grado de capacidad.

Acreditación: Reconocimiento formal de cumplimiento de criterios de calidad establecidos externamente.

Acreditación profesional: Necesidad de ratificar periódicamente las competencias de los profesionales para desempeñar sus funciones. Si no las tienen, la organización pondrá los mecanismos necesarios para desarrollarlas, estableciendo un programa de formación individualizado, adecuado a su necesidad.

Aseguramiento de la calidad: Se refiere a la acción de dar seguridad o confianza en que la empresa cumplirá los requisitos de calidad pactados. Es el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implantadas en un sistema de gestión de calidad que tratan de proporcionar la confianza en que la empresa cumplirá los necesarios requisitos de calidad.

Atención sanitaria integral: Acciones encaminadas a la mejora del estado de salud de los ciudadanos, que incluyen actividades de promoción y prevención, asistencia, rehabilitación e incorporación social.

Auditoría de calidad: Proceso sistemático, independiente y documentado, para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas objetivamente a fin de determinar hasta qué puntos los criterios de evidencias se cumplen.

Autoevaluación de calidad: Examen sistemático, extenso, y periódico de la gestión de una empresa que lleva a cabo ella misma, con el fin de comprobar si cumple con los requisitos de gestión de calidad referido tanto a actividades como resultados. Es el sistema que suele utilizarse para optar al Premio EFQM, o en sistemas de acreditación basados en dicho Modelo de Excelencia.

Benchmarking: Técnica de gestión empresarial, cuya creación se debe a la empresa Rank Xerox, mediante la cual la organización comprueba sus niveles de eficiencia con estándares externos y ciertas prácticas internas propias para emular y corregir los posibles desfases existentes y, mediante planes de actuación y de mejora continua, identificar oportunidades de innovación, realizar cambios efectivos en el negocio, lograr posiciones de liderazgo,

alcanzar niveles de excelencia y conseguir los resultados de rentabilidad deseados (Arbide, 1933); (Gable, Fairhurst y Dickinson, 1933). Se diferencia del análisis de la competencia en que esta última sólo se interesa por los resultados conseguidos por la competencia, mientras que el benchmarking busca conocer cómo consigue tales resultados.

Calidad: Es la adecuación al uso (Juran, 1950), o el conjunto de características de una entidad que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas de los clientes / usuarios, o la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

Calidad científico – técnica: capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes para abordar los problemas de salud, es decir, para producir salud y satisfacción en los usuarios. Nivel de aplicación de los conocimientos y tecnologías médicas disponibles actualmente.

Calidad de servicio: Véase Evaluación de la calidad de servicio. Cumplimiento de las especificaciones previas acerca de la prestación del servicio y su valoración por parte de los usuarios. Debemos orientar la organización de tal modo que se igualen o sobrepasen las expectativas que el cliente tiene respecto al servicio que le vamos a proporcionar. La opinión de los usuarios es el modo básico de medir la calidad de servicio, en concreto, se utilizan escalas que miden la discrepancia entre expectativas de los clientes y percepción del resultado. De ellas, la más clásica es la escala SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1998) donde se consideran como factores importantes del servicio aspectos como la fiabilidad, rapidez, competencia, accesibilidad, cortesía, comunicación, credibilidad, seguridad, tangibilidad del servicio, personalización y conocimiento del cliente.

Calidad objetiva: Es la calidad técnica de un producto (Zeithaml, 1998) o su superioridad mensurable y verificable.

Calidad percibida: Es la apreciación del consumidor sobre la excelencia o superioridad global de un producto o servicio.

Calidad total: Véase Gestión de la calidad total. Concepto de gestión empresarial que sitúa como objetivo principal de la misma la calidad de su producción/servicio y la satisfacción de sus clientes/usuarios. Es de aplicación a toda la organización, es decir, se extiende la responsabilidad de la calidad a cada miembro de la misma, constituyendo un cambio en la cultura de la empresa, que deben considerar como primer objetivo “hacer las cosas bien a la primera” (cero defectos) y contribuir a la mejora continua de la calidad.

Cartera de servicios: conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendido por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de

cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).

Categoría: es un criterio, que corresponde con el enunciado de aquello que se exige o espera de los CESS, y cuya satisfacción se asocia a una atención sanitaria de calidad.

Certificación de calidad: Certificar es asegurar, garantizar o avalar como completamente cierta una cosa a alguien. Es el testimonio del ajuste a determinadas especificaciones técnicas y/o normas por parte de la organización, con la expedición de un acta en la que se da fe documental de dichos requisitos. Es un acto voluntario realizado por motivos diversos, no por obligación administrativa y puede ser emitida por el propio fabricante o por un organismo independiente (por ejemplo normativa ISO).

Ciclo de mejora continua: Véase PDCA.

Círculo de calidad: Técnica estratégica utilizada para la mejora de la calidad mediante la cual se intentan detectar posibles mejoras o fallos y sus causas. Su desarrollo precisa de la participación de un grupo de 8-10 personas voluntarias que, de un modo informal, estudian procesos y actividades de su organización.

Cliente: Denominación utilizada para designar a la persona física o jurídica que compra un producto o recibe un servicio, bien sea para su consumo, para incorporarlo a un proceso productivo, revenderlo...Puede ser sinónimo de usuario, comprador, consumidor.

Cliente interno: es aquel que recibe el producto o servicio solicitado y que, al mismo tiempo, es trabajador de la empresa u organización que se lo facilita. Este término procede del llamado *márketing interno* que es la oferta de actividades que la organización hace a sus trabajadores para que desarrollen sus necesidades profesionales de modo efectivo.

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.

Competencias: características de conocimientos, habilidades y aptitudes que las personas tienen, desarrollan y ponen de manifiesto en diversas situaciones reales de trabajo, para el adecuado desempeño de las funciones y responsabilidades que tiene su puesto.

Competencias profesionales: conductas y acciones que nos llevan a conseguir los resultados deseados y que buscan la excelencia. Comprenden el conjunto de conocimientos, experiencia técnica, habilidades y actitudes de todos y cada uno de los profesionales que participan en cada proceso asistencial.

Comunicación interna: entornos físicos y virtuales de interrelación, orientados a la transmisión de información, sugerencias de mejora, espacios de aprendizaje compartido, foros de debate, etc.

Conformidad: cumplimiento de un requisito.

Consentimiento informado: autorización escrita para que se proceda a la realización de determinada intervención asistencial, tras recibir la información oportuna sobre dicha actuación.

Continuidad asistencial: una visión compartida y continua del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo y que actúan en tiempos distintos con el objetivo común del ciudadano.

Contrato de gestión: documento suscrito entre los Servicios Centrales del SES y las Gerencias de Área, que permite definir la fijación, seguimiento y evaluación de objetivos de actividad, calidad y relación entre los niveles asistenciales.

Control de calidad: es la metodología que incluye las técnicas y actividades para comprobar los requisitos de calidad. Tradicionalmente se asocia con la supervisión de los procesos y la inspección de los procesos finales. Implica un enfoque de calidad centrado en el producto y no en el cliente, concepción que se rechaza actualmente. El control de Calidad abarca las técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad. Consiste en determinar si la calidad de la producción se corresponde con la calidad del diseño. Es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre la diferencia. El conjunto de operaciones (programación, coordinación, puesta en práctica) dirigidas a mantener o mejorar....(ISO 3534-1977). Aplicado a un proceso diagnóstico, incluye monitorización, evaluación y mantenimiento en niveles óptimos de todas aquellas características de funcionamiento que puedan ser definidas, medidas y controladas.

Control de costes: conjunto de mecanismos y medidas de gestión que permiten a un responsable saber en cada momento el nivel de gasto que lleva su unidad, y por tanto evitar que éste se exceda del presupuesto pactado.

Criterios de calidad: instrumentos de medida, utilizados en las evaluaciones de Calidad en los que especifican las condiciones deseables más relevantes que debe cumplir un determinado aspecto de la atención, para que pueda ser considerada de calidad.

Dirección: función de la organización que consiste en fijar objetivos, establecer planes y ordenar, coordinar y controlar las actividades de la organización para conseguir dichos objetivos. Además debe ser el engranaje que facilite la unión y motivación de todos los trabajadores y su adhesión a la cultura y metas organizacionales.

Dirección por objetivos: es un posible método de dirección de empresas en que se asignan los objetivos a los responsables de los programas. Estos responsables tienen capacidad para la toma de decisión permanente y trabajan para conseguir llegar al nivel deseado.

Efectividad: resultado obtenido cuando un procedimiento es aplicado en condiciones habituales, por la generalidad del sistema, en la organización real, con los medios disponibles.

Eficacia: resultado obtenido cuando un procedimiento es aplicado en condiciones ideales.

Eficiencia: implica realizar algo con el menor coste, tiempo y esfuerzo posible. En general, significa hacer las cosas bien aunque lo hecho no sea el objetivo que se intentaba establecer. Según Doyle (1994) la eficiencia refleja productividad, se preocupa de reducir costes, fundamentalmente.

E.F.Q.M.: anagrama de European Foundation for Quality Management. La Fundación Europea para la gestión de la calidad fue creada en 1988 por un grupo de 14 organizaciones líderes en Europa. Misión: reforzar posición de las empresas de Europa Occidental en el mercado mundial basándose para ello en la mejora continua de las empresas según principios de Calidad Total. Revisa aspectos como liderazgo y dirección, las personas, la política y la estrategia, recursos y alianzas., los procesos y los resultados relativos a clientes, a personas, a la sociedad y los globales. Una de las grandes ventajas de la definición del modelo europeo de excelencia es su utilización como referencia para una Autoevaluación, proceso en virtud del cual una empresa se compara con los criterios del modelo para establecer su situación actual y definir objetivos de mejora.

Entorno laboral seguro y saludable: principios básicos para un entorno laboral seguro y saludable en los centros de trabajo, así como los conocimientos que han de poseer los trabajadores para trabajar con seguridad – higiene – ergonomía, control y evaluación de riesgos laborales, medidas de prevención, etc.

Equipo directivo: todo aquel que tiene a su cargo personal o un puesto de responsabilidad dentro del CSES.

Estándar: grado de cumplimiento exigible a un criterio y se define como el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad alcanzado. Puesto que determina el nivel mínimo que comprometería la calidad, también puede entenderse como el conjunto de maniobras diagnósticas y terapéuticas indicadas en cada situación. Norma del modelo de acreditación. Los estándares se agrupan en subcriterios.

Estándares de calidad: grado de cumplimiento exigible a un criterio, fijado antes de realizar la evaluación.

Estrategia: es la acción específica desarrollada para conseguir un objetivo propuesto. Según Shapiro (1985), hay muchas posibles estrategias para alcanzar un mismo objetivo y la misma estrategia no siempre da los mismos resultados.

Evaluación: fase del proceso de toma de decisiones en la cual se analizan las posibles alternativas. Estimación del valor de las cosas. Examen sistemático de la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos especificados.

Evaluación del desempeño profesional: proceso sistemático y periódico que evalúa ciertas conductas observables que influyen en el rendimiento de los empleados en su trabajo. Con este sistema se pretende captar aquellas competencias susceptibles de mejora, y se acuerdan las actuaciones oportunas para llegar al nivel deseado en las mismas (desarrollo y optimización, compromisos de mejora, etc.)

Evidencia: se refiere a la información presentada, la cual debe hacer referencia al enfoque, despliegue, evaluación y revisión del subcriterio que se está evaluando.

Expectativas: anticipación de un acontecimiento futuro basada en experiencias previas y estímulos presentes.

Formación: formación necesaria, tanto para desarrollar aquellas competencias de las que las personas pueden carecer y que son necesarias para cada proceso asistencial, como para establecer líneas de desarrollo profesional y empleabilidad con visión de futuro.

Garantía: una de las dimensiones de la calidad de servicio y del producto. Es la promesa temporal de la organización de que su producto / servicio servirá o se adecuará a lo que el cliente / usuario demanda. Para las organizaciones de servicios la garantía presenta ciertas dificultades porque los servicios se consumen a la vez que se van creando y su evaluación es totalmente subjetiva. La garantía de Calidad es sinónimo de aseguramiento de la calidad y comprende el conjunto de acciones, planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza de que un bien o servicios va a cumplir los requisitos de calidad exigidos. Incluye el conjunto de actividades realizadas por la empresa dirigidas a asegurar que la calidad producida satisface las necesidades del consumidor.

Gestión: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

Gestión adecuada y eficiente de los RR.HH.: establecimiento de las necesidades organizativas y funcionales óptimas para cada proceso asistencial, respondiendo a los principios de máxima calidad y eficiencia.

Gestión de la calidad: acciones encaminadas a determinar la capacidad de la organización para satisfacer las necesidades del cliente / usuario. Para ello es fundamental tener en cuenta la opinión de los usuarios pues son ellos los que, en último caso, deciden si la calidad es buena o mala.

Gestión de la calidad total (TQM): la concepción actual de la gestión de la calidad se basa en los siguientes principios: orientación hacia los resultados, orientación al cliente, liderazgo y constancia en los objetivos, gestión por

procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, aprendizaje, innovación y mejora continua, desarrollo de alianzas y responsabilidad social.

Gestión por procesos: sistema de gestión enmarcado en los principios de “calidad total”, que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que hay que mejorar y las herramientas para lograrlo.

Gestión de riesgos: subsistema de gestión de la calidad encaminado a la detección y análisis de situaciones susceptibles de producir daños, así como al establecimiento de acciones encaminadas a la prevención y minimización de resultados adversos.

Grupo de mejora: equipo de trabajo compuesto por miembros del CSES y / o ciudadanos directamente involucrados en el proceso, habitualmente ayudados por asesores externos, que tienen por objeto analizar el proceso y recomendar medidas para mejorarlo.

Grupo de mejora de la calidad: técnica utilizada en el ámbito de la calidad para resolver problemas ya existentes. Se trata de una reunión de seis a ocho personas, que pueden ser de cualquier nivel de la organización (directivos, profesionales, técnicos...) y que trabajando en equipo tratan de resolver un problema normalmente relacionado con la consecución de los objetivos de la organización. Esta técnica tiene un gran parecido con los círculos de calidad, en realidad lo que las hace diferentes es el nivel de informalidad y voluntariedad de la formación de los grupos que participarán en los círculos de calidad.

Guías de práctica clínica: pautas de actuación esenciales ante un problema clínico, avaladas por evidencias científicas, expertos o por consensos profesionales.

Homologación: es la aprobación oficial de un producto, proceso o servicio, realizado por un organismo que tiene tal facultad por disposición reglamentaria. La homologación implica el sometimiento obligatorio de un cliente o de la Administración, a un dictamen de un organismo en relación con las reglamentaciones o leyes de obligado cumplimiento.

Indicador: es una medida objetiva de un parámetro que nos da información necesaria sobre un proceso o producto. Son muy utilizados en el control de la calidad como forma de tener conocimiento de los procesos, y así poder mantenerlos dentro de los límites establecidos para el logro de la calidad.

Infraestructura: sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.

Líder (directivos y mandos intermedios): todo aquél que tiene a su cargo personal o un puesto de responsabilidad dentro de la organización (equipo directivo, jefe de área, departamento, servicio, instituto, unidad o sección, y mandos en general, tanto asistenciales como no asistenciales).

Mapa de procesos: representación gráfica de las actividades que se desarrollan en una organización y de las interrelaciones entre éstas y con el exterior, en función de la misión, objetivos, entradas (input) y salidas / servicios (output) de la organización. Descendiendo en el nivel de análisis, se llega a los diagramas o esquemas de los procesos, que visualizan el modo en que las personas desempeñan su trabajo para conseguir los objetivos propuestos. Estos esquemas incluyen las tareas y actividades a realizar, de forma secuencial, con un principio y un final, dependiendo del ámbito de cada proceso.

Mejora continua: es una de las cuestiones implícitas en la filosofía básica de la Calidad Total. Se refiere a la planificación de actividades que supongan un adelanto con respecto a la consecución de una mayor satisfacción del cliente / usuario, tanto interno como externo.

Mejora de la calidad: supone la creación organizada de un cambio ventajoso. No es solo eliminar los picos esporádicos de mala calidad, objetivo del control, sino un proceso planificado de búsqueda del perfeccionamiento.

Misión de la empresa: es la finalidad fundamental que justifica la existencia de la empresa. Establece las razones de ser de la empresa, su definición, el producto o servicio que vende y el mercado al que sirve. Según Kotler (1988), la misión se configura según cinco cuestiones: su historia, las preferencias actuales, los factores del entorno, los recursos de la organización y las ventajas, competitivas que posea.

Modelo de Incentivación y motivación de profesionales: modelo vinculado a resultados en calidad de los procesos. Introduce incentivos económicos y no económico, tales como:

- tiempo de dedicación.
- formación.
- Desarrollo profesional.
- Promoción y polivalencia.
- Investigación, etc.

Debe ser integrador, con elementos diferenciadores interniveles, facilitadores de la continuidad asistencial, y que diferencie la aportación individual y de equipo, en términos de valor añadido al resultado final, con el reconocimiento individual del trabajo, dedicación y aportación de valor de cada uno de los profesionales.

Norma: regla o estándar establecida por un grupo, cuyos miembros aceptan y deben cumplir.

Normalización: es la actividad que aporta soluciones para aplicaciones repetitivas que se desarrollan, principalmente, en el ámbito de la ciencia, la tecnología y la economía, con el fin de conseguir una ordenación óptima de un determinado contexto.

Objetivo: algo ambicionado o pretendido.

Organización: es la compañía, sociedad civil o mercantil, firma, empresa o institución, de carácter público o privado jurídicamente constituida, que tiene su propia estructura funcional y administrativa. Pueden ser de cinco tipos: a) empresas y cooperativas agrícolas, ganaderas o pesqueras, b) industrias, c) revendedores, d) administraciones públicas y empresas y e) otras instituciones de servicios.

Paciente: organización (persona, familia, grupo, vecindad, sociedad, población objetivo) que recibe atención sanitaria.

Pactos de gestión: documento escrito entre los CSES y sus respectivas Unidades de Servicio en donde se especifican los servicios a prestar y los requisitos que éstos deben cumplir y que es de cumplimiento exigible.

Parte interesada: persona o grupo que tenga un interés en el desempeño o éxito de una organización.

Participación: las opiniones de los ciudadanos y de los profesionales en la toma de decisiones en temas relacionados con su salud, y los profesionales en temas que afecten a la organización.

PDCA (CICLO DE MEJORA CONTINUA): es un modelo metodológico del campo de la gestión de la calidad creado por Deming, también llamado rueda de la mejora de la calidad. Pretende contribuir al aumento de la calidad mediante una mejora continua determinada por cuatro pasos, que fundamentalmente, son los que favorecen tal cambio. PDCA = plan, do, check, act que se refieren, respectivamente, a la planificación de lo que se desea realizar, la implantación de lo planeado, la verificación de que lo planificado actúa como deseábamos y actuación sobre los resultados de la acción anterior para dirigirla adecuadamente a los objetivos previstos en la primera fase, corrigiendo los errores que puedan surgir.

Percepción: conocimiento o idea que los ciudadanos tiene del CSES y de los servicios que éste presta, independientemente de si éste ha recibido o no atención sanitaria previa.

Personal: el conjunto de empleados y demás personas que ofrecen, directa o indirectamente, un servicio a los clientes.

Plan de Calidad: es un documento que establece las prácticas específicas, las normas, las técnicas, los recursos y la secuencia de actividades para un producto o servicio, de forma que se favorezca o facilite la mejora de la calidad.

Plan de formación: aprendizaje constante y capacidad de innovación por parte de los profesionales acompañadas de un esfuerzo y un compromiso por parte de la organización para facilitar la formación necesaria. Ayuda a la mejora de las competencias que se definan para cada profesional, en función de los procesos en los que el participe. Esto significa que cada profesional va a

participar en un “menú de opciones” de formación personalizado, que le va a permitir reforzar aquellos aspectos claves en su perfil de competencias.

Plan estratégico: plan que se utiliza para dar la orientación de la organización en un periodo de tiempo, de forma que suele estar formado por un conjunto de decisiones de gestión que se centran en lo que hará la empresa para alcanzar el éxito y la forma de lo que hará.

Planificación: es el proceso que parte del análisis de la situación pasada y presente de una organización, y, después de evaluar los fines y medios disponibles, define metas y objetivos a alcanzar, así como las normas de ejecución y las medidas de control de las actividades necesarias para lograrlos durante un periodo de tiempo determinado.

Política de la organización: es el plan de actuación que debe seguirse para la evaluación y decisión al respecto a una situación determinada o los posibles fallos o problemas que surjan, de modo que se facilite el alcance de los objetivos previstos.

Política de la calidad: comprende un conjunto de directrices y objetivos generales relativos a la calidad expresados formalmente por la Dirección; son, pues, los principios generales que guían la actuación de una organización. Forma parte de la política general de la empresa aprobada por los órganos directivos y está constituida por el conjunto de proyectos referidos a la calidad.

Procedimiento: se refiere a una determinada forma de ejecutar una actividad. En el caso de la gestión de la calidad todos los procedimientos deben estar documentados, de forma que se señale lo que debe llevarse a cabo, quién lo realizará, cuándo, dónde, cómo, con qué materiales, equipos y documentos, y cómo se registrará y controlará.

Proceso: conjunto de recursos y actividades interrelacionadas y consecutivas con un fin determinado.

Proceso asistencial: conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.).

Procesos clave: son los más importante para la competitividad de la organización. Tiene un alto impacto en los resultados de ésta por incidir en:

- satisfacción de los clientes.
- Resultados empresariales.
- Satisfacción de empleados.
-

Procesos soporte: apoyan a los procesos asistenciales para que cumplan su misión.

Procesos estratégicos: procesos orientados a las actividades organizativas o estratégicas de la empresa.

Producto: es cualquier bien material, servicio o idea que posea un valor para el consumidor / usuario y satisfaga sus necesidades.

Protocolo: acto o serie de actos y operaciones con que se hace una cosa. Método. Sistemática de trabajo.

Protocolo asistencial: conjunto de normas de actuación clínica de obligado cumplimiento en situaciones o circunstancias clínicas concretas.

Protocolos de práctica clínica: descripción exhaustiva y pormenorizada de los pasos y actuaciones clínicas que deben realizarse ante un determinado problema de salud de acuerdo a la guía de práctica clínica correspondiente.

Queja: manifestación verbal de la disconformidad con algo o alguien.

Reclamación: facultad pública que puede ser ejercida por cualquier usuario, independientemente de su consideración como interesado, ante cualquier actuación que perciba como irregular o anómala, en el funcionamiento de los servicios sanitarios, del Sistema Sanitario Público de Extremadura, o ante cualquier tipo de lesión de los derechos otorgados por la normativa vigente en sus centros, establecimientos y servicios sanitarios. (Decreto 4/2003, de 14 de enero, por el que se regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura).

Responsabilidad: es el deber de ejecutar las operaciones o acciones sobre las que se tiene competencia o autoridad. Es una dimensión de la calidad de servicio que supone la demostración de que la organización puede llevar a cabo lo que se asegura y se ocupa de los problemas de los usuarios.

Satisfacción del usuario: es un objetivo prioritario de cualquier empresa pero, sobre todo, de las de servicios pues no poseen un producto tangible y su objetivo es producir un servicio, que únicamente se podrá valorar en función de su aceptación por el usuario. La satisfacción está relacionada positivamente con la calidad percibida, es decir, a mayor calidad percibida, mayor satisfacción. Pero también con la percepción de la discrepancia entre las expectativas de los usuarios con respecto a los que va a recibir y su valoración de la ejecución real.

Seguridad: es una dimensión de la calidad de servicio o producto. Supone la ausencia de peligro, riesgo o duda en la adquisición del bien / servicio y su utilización.

Servucción: voz que se refiere al sistema de producción o creación del servicio.

Sistema: es el conjunto ordenado de elementos que componen una totalidad de nivel superior a las partes que lo integran, y que cumple unas determinadas

funciones. Las características que definen un sistema son: globalidad, que implica la repercusión en todo el sistema de cualquier estímulo que afecte a una parte; homeostasis, que hace referencia al equilibrio dinámico o autorregulación del propio sistema; finalidad, que hace referencia a los objetivos a los que está orientado todo sistema.

Tangibilidad: característica de los productos que les hace perceptibles por medio de los sentidos. Por su naturaleza los bienes son tangibles y los servicios son intangibles.

Telemedicina: transmisión de imágenes, de actuaciones o intervenciones médicas o quirúrgicas reales, mediante la tecnología de videoconferencia (en tiempo real) o a través de ordenador (en tiempo real, o no).

Transparencia: organización abierta a la sociedad y al ciudadano, que informa, creíble y en la que se puede confiar.

Validación / verificación: se refiere a la comprobación objetiva de que se ha logrado cumplir con los requisitos previamente especificados.

Valores: aquellos elementos que conforman la conducta básica de las personas del CSES y lo que se espera de ellas.

Variabilidad: grado de estabilidad, versus variación, de un proceso en los que se refiere a las prestaciones y a la predictibilidad de su evolución.

Vía clínica: planes asistenciales que definen y ordenan secuencialmente actividades e intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible.

Visión: declaración que describe el tipo de organización deseada con vistas al futuro.

Anexo 2: Ficha de Cumplimiento de Categorías**FICHA DE CUMPLIMIENTO DE CATEGORÍAS****2.A. Análisis Cuantitativo**

Categoría (1)	(2)			
Subcategoría (3)	(4)			
	No cumplidos	Cumplidos	Total	
Estándares obligatorios	(5)	(6)	(7)	
	No cumplidos	Cumplidos	Excelencia	
Estándares recomendables	(8)	(9)	(10)	(11)

Para cada categoría, se repetirá esta tabla tantas veces como subcategorías contenga.

Nº	CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA	Requisitos del modelo		VALOR	
			Obl	Rec	OBLIG	RECOM
10	Resultados clave	1. Resultados Asistenciales 2. Resultados No Asistenciales	8	11	(7)	(11)

2.B. Análisis Cualitativo

Categoría	(2)
Subcategoría	(4)
Resumen	(12)
Puntos Fuertes	(13)
Oportunidades de Mejora	(14)

Evidencias de Análisis	(15)
Observaciones	(16)

Leyenda:

- (1) Número ordinal de la categoría evaluada
- (2) Nombre de la categoría evaluada
- (3) Número ordinal de la subcategoría evaluada
- (4) Nombre de la subcategoría evaluada
- (5) Número de estándares obligatorios que se consideran no cumplidos
- (6) Número de estándares obligatorios que se consideran cumplidos, el total (5+6) debe sumar el nº completo de estándares.
- (7) Porcentaje de estándares obligatorios cumplidos (nº de estándares obligatorios cumplidos / nº de estándares obligatorios)
- (8) Número de estándares recomendables que se consideran no cumplidos
- (9) Número de estándares recomendables que se consideran cumplidos
- (10) Número de estándares recomendables que se consideran cumplidos en el ámbito de la excelencia, el total (8+9+10) debe sumar el nº completo de estándares.
- (11) Porcentaje de estándares recomendables cumplidos (nº de estándares obligatorios cumplidos + excelencia / nº de estándares recomendables)
- (12) Resumen de la evaluación del criterio: debe especificarse las principales conclusiones obtenidas derivadas de la evaluación.
- (13) Puntos Fuertes: aquellos aspectos que, una vez realizada la evaluación se considere que son aspectos a mantener en la organización y a potenciar en el futuro.
- (14) Oportunidades de Mejora: aquellos aspectos que, una vez realizada la evaluación se considere que son aspectos a mejorar en el futuro y que requieren, por tanto, actuaciones de mejora.

- (15) Evidencias de Análisis: resumen de evidencias que se han analizado para realizar la evaluación: actas de reuniones, informes de seguimiento, cuadros de indicadores, revistas, etc.
- (16) Observaciones: aquellos aspectos que, relacionados con la evaluación, sea necesario resaltar: casuísticas particulares, problemáticas, condicionantes, etc.

Anexo 3: Tabla resumen de Cumplimiento de Categorías

Anexo 3: Tabla resumen de Cumplimiento de Categorías

Nº	CATEGORÍA	Peso cat.	SUB CATEGORÍA	Requisitos del modelo		Cumplimiento Obligatorios		Cumplimiento Recomendables			VALOR	
				Obl	Rec	NO	SI	NO	SI	EXC	OBLIG	VOLUNT
1	Dirección		1. Responsabilidades de la dirección 2. Liderazgo	6	11							
2	Planificación Estratégica		1. Planificación Estratégica 2. Desarrollo y actualización de la estrategia	17	20							
3	Gestión Recursos Humanos		1. Planificación y gestión de los Recursos Humanos 2. Comunicación interna 3. Reconocimientos a las personas del CSES 4. Seguridad Organizativa	18	15							
4	Gestión de la Tecnología y de los Recursos Materiales		1. Gestión de la Tecnología 2. Gestión de recursos económicos y financieros 3. Gestión de edificios, equipos y materiales	40	25							
5	Gestión de la Información, el Conocimiento y los Aspectos Éticos		1. Gestión de la Información 2. Gestión del Conocimiento 3. Gestión de Aspectos Éticos	22	13							
6	Gestión de Procesos		1. Diseño y Gestión de Procesos Clave 2. Diseño y Gestión de los Procesos Asistenciales 3. Diseño y Gestión de los Procesos No Asistenciales	27	10							
7	Satisfacción de ciudadanos		1. Satisfacción de usuarios 2. Sugerencias y Reclamaciones	8	35							
8	Satisfacción del personal		1. Resultados en el personal	2	14							
9	Implicación con la Sociedad		1. Resultados en la Sociedad	2	15							
10	Resultados clave		1. Resultados Asistenciales 2. Resultados No Asistenciales	8	11							
RESUMEN DE LA EVALUACIÓN				150	169							

Anexo 4: Tabla resumen de propuesta de actuaciones

Código	Acción propuesta	Objetivos a conseguir con dicha acción	Responsable de puesta en práctica	Prioridad⁶	Fecha prevista de realización
A1					
A2					
A3					
A4					
A5					

⁶La prioridad debe estar fundamentada en función de la factibilidad y utilidad de las acciones a adoptar. Se sugiere utilizar la siguiente escala de prioridades:

Alta (Acciones factibles y útiles) Media (Acciones factibles pero poco útiles), Baja (acciones poco factibles y poco útiles)

Anexo 5:

SOLICITUD DE AUTOEVALUACION

A. TIPO DE CSES

- ☐ Hospital o Centro Sanitario con internamiento
☐ Centro Sanitario sin internamiento
☐ Servicio Sanitario
☐ Establecimiento Sanitario
- ☐ Público
☐ Privado

B. DATOS DEL CSES

Denominación
Dirección
Teléfono
Fax
Correo electrónico
Nombre del Director/a del CSES

C. ACREDITACIÓN

- ☐ Acreditado ☐ No acreditado
- Si está acreditado:
Grado de acreditación actual:
☐ Avanzado ☐ Óptimo ☐ Excelente
- Tipo de acreditación:
☐ Condicionada ☐ Sin reservas
- Programa específico de acreditación: ☐ Sí ☐ No

D. DATOS DEL COORDINADOR DE AUTOEVALUACIÓN/ SOLICITANTE

Apellidos y Nombre
DNI
Dirección
Teléfono
Fax
Correo electrónico

E. DATOS DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN

1. **Coordinador:** Apellidos y nombre
Vinculación laboral al CSES.....

2.Apellidos y nombre
Vinculación laboral al CSES.....

3.Apellidos y nombre
Vinculación laboral al CSES.....

4.Apellidos y nombre
Vinculación laboral al CSES.....

5.Apellidos y nombre
Vinculación laboral al CSES.....

6.Apellidos y nombre
Vinculación laboral al CSES.....

7.Apellidos y nombre
Vinculación laboral al CSES.....